



**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**ANGÉLICA APARECIDA DE OLIVEIRA**

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: PERFIL DE PACIENTES**  
**ATENDIDOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**  
**INFANTIL (CAPS i)**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP**

**2023**

**ANGÉLICA APARECIDA DE OLIVEIRA**

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: PERFIL DE PACIENTES  
ATENDIDOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
INFANTIL (CAPS i)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP**

**2023**

Oliveira, Angélica Aparecida.

Violência autoprovocada: perfil de pacientes atendidos em centros de atenção psicossocial infantil (CAPS i) / Angélica Aparecida Oliveira.

São José do Rio Preto, 2023.

109p.

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

Eixo Temático: Psicologia e Saúde

Orientadora: Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki

1. Violência autoprovocada. 2. Autolesão. 3. Automutilação. 4. Tentativa de suicídio. 5. Adolescente

**ANGÉLICA APARECIDA DE OLIVEIRA**

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIS (CAPS i)**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

---

**Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki**  
**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**

---

**1ª Examinadora: Profa. Dra. Carla Rodrigues Zanin**  
**Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**

---

**2ª Examinadora: Profa. Amena Alcântara Ferraz**  
**Instituição: Unilago - São José do Rio Preto**

**São José do Rio Preto, 28 de setembro de 2023**

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos .....	vii
Epígrafe.....	ix
Lista de Figuras.....	x
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Apêndice.....	xii
Lista de Anexos.....	xiii
Lista de Abreviaturas .....	xiv
Resumo .....	xvi
Introdução .....	1
Violência.....	1
Definições e terminologia .....	3
O bullying e o cyberbullying.....	8
Jogos virtuais e o comportamento suicida.....	10
Compreendendo os transtornos mentais e o comportamento suicida de acordo com o DSM5-TR.....	12
Legislação brasileira.....	17
Município de São José do Rio Preto .....	22
Rede de Atenção Psicossocial em São José do Rio Preto.....	23
O centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes.....	25
Recursos humanos.....	25

Retrospectiva e o cenário atual.....	27
Objetivo.....	29
Objetivo primário .....	29
Objetivos secundários .....	29
Método .....	30
Prontuários (participantes) .....	30
Critérios de inclusão.....	30
Critérios de exclusão .....	30
Instrumentos.....	31
Procedimento.....	31
Aspectos éticos.....	34
Resultados e Discussão .....	35
Conclusões .....	64
Referências.....	67
Apêndice .....	84
Anexos .....	87

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família, aos profissionais dos CAPS(s), exemplos de resiliência, e às crianças e adolescentes, sujeitos representativos deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pelos dons que me concedeu, pela saúde e sabedoria, pela condução nos momentos difíceis em que em que o conhecimento e a razão não são suficientes.

Aos meus pais, agradeço meu saudoso pai Romeu, pela “prosa boa”, mineirinho “raiz”, pelo exemplo, trabalho e persistência sempre. A minha mãe Isaura pela dedicação aos filhos, trabalhadora incessante e pelo incentivo a minha carreira. Hoje acamada ainda consegue ser forte e acolhedora. Meu profundo amor!

Aos meus filhos, Felipe, Fernanda e Thiago, obrigada pelo incentivo aos meus sonhos e a motivação para seguir em frente. Vocês são minha luz! É muito bom ter vocês! Meu amor incondicional.

Ao meu esposo Flávio, pela paciência, pela colaboração e companheirismo nessa caminhada. Obrigada!

Um agradecimento especial a minha orientadora Professora Dra. Maria Cristina de O. S. Miyazaki por ter acreditado em mim e me concedido esta oportunidade. Obrigada pela orientação, objetividade, paciência, doçura e amizade ao que me conduzir nesta jornada.

Agradeço aos professores e colaboradores do Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP pelo conhecimento e pela maneira sábia com que nos ajudou a percorrer os momentos de pandemia, com calma e serenidade.

Agradeço os colegas discentes que estiveram comigo e com quem dividi as angústias diante dos inúmeros trabalhos realizados e que hoje posso chamar de amigos!

Com carinho especial, agradecimento a todos os profissionais das equipes dos CAPSi(s), da qual fiz parte, que me acolheram e compartilharam comigo o trabalho incessante

e se abriram para minha pesquisa. Minha referência aos técnicos que transformam o sofrimento psíquico em saúde mental, pela sua potência e resiliência. Parabéns e muito obrigada!

Agradeço a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto por aceitar e autorizar minha pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para conclusão deste trabalho, em especial meu genro Pedro que colaborou na digitação dos dados, meu muito obrigada!

## EPÍGRAFE

*“Eu sou o que consegui fazer com o que fizeram de mim”*

*(Jean-Paul Sartre)*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Funções da automutilação .....	6
Figura 2 - Linha do tempo das Ações do Ministério da Saúde na Prevenção do Suicídio .....	18
Figura 3 - Atos Normativos - Nível Federal .....	19
Figura 4 - Objetivos da Lei Federal nº 13.819/2019 .....	21
Figura 5 - Estimativa da população infanto juvenil .....	23
Figura 6 - Rede de Atenção Psicossocial em São José do Rio Preto .....	23
Figura 7 - CAPS Infantis no Brasil .....	24
Figura 8 - Regiões e UBS (s) abrangidas pelos CAPSi(s) de São José do Rio Preto .....	26
Figura 9 - Quantidade de notificações de 2015 a2021 .....	278
Figura 10 - Fluxograma do estudo .....	32
Figura 11 - Prevalência de violência autoprovocada por faixa etária .....	36
Figura 12 - Os sinais de alerta.....	60
Figura 13 - Prevenção do suicídio: o que pode ser feito? .....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos dos participantes do estudo .....	35
Tabela 2 - Dados relativos à residência do participante.....	38
Tabela 3 - Dados relativos à violência autoprovocada (automutilação) .....	39
Tabela 4 - Dados relativos à violência autoprovocada da criança incluída no estudo: TAE- Tentativa de autoextermínio.....	41
Tabela 5 - Dados relativos à violência autoprovocada da criança incluída no estudo: ideação suicida .....	42
Tabela 6 - Dados relativos ao órgão encaminhador .....	44
Tabela 7 - Dados relativos à notificação da violência autoprovocada .....	46
Tabela 8 - Dados relativos à notificação da violência autoprovocada .....	47
Tabela 9 - Dados relativos à presença de transtorno mental na família.....	48
Tabela 10 - Dados relativos ao parentesco do familiar que apresentou tentativa de suicídio ou suicídio consumado.....	50
Tabela 11 - Dados relativos à violência sofrida anteriormente .....	52
Tabela 12 - Dados relativos ao uso de drogas ilícitas/lícitas .....	53
Tabela 13 - Análise descritiva sobre os diagnósticos - CID 10 (N = 215).....	54
Tabela 14 - Dados relativos ao encerramento do tratamento no CAPS .....	56

## LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados .....	84
---	----

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Abordagem de Risco de Suicídio .....	87
Anexo B - Manejo de Segurança: Dez princípios básicos .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS

ASIS	Autolesão Sem Intenção Suicida
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSII	Centro de Atenção Psicossocial II - Adulto
CID10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CVV	Centro de Valorização à Vida
DSH	<i>Deliberate Self-Harm</i> (Lesão Autoprovocada)
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM5-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Desordem Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NPVPS	Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde
NSSI	<i>Non-Suicidal Self-Injury</i> (Autolesão Não Suicida)
OMS	Organizacional Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SMS	Secretaria Municipal da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Tentativa de autoextermínio
TI	Intervenção Terapêutica
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	World Health Organization

OLIVEIRA, A. A. (2023). *Violência autoprovocada: perfil de pacientes atendidos em Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenis (CAPS i)*. (Dissertação Mestrado em Psicologia e Saúde). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

## RESUMO

A violência autoprovocada em crianças e adolescentes é um importante problema de saúde. Este estudo teve como **objetivo** caracterizar e descrever pacientes de CAPS Infantis de São José do Rio Preto com violência autoprovocada. **Método:** estudo descritivo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por meio da análise dos prontuários de pacientes atendidos entre janeiro de 2019 a dezembro de 2021, identificados pelas equipes dos CAPSi(s) como pacientes com violência autoprovocada. A coleta foi realizada com instrumento construído pela pesquisadora e a análise exploratório dos dados foi realizada com o software IBM-SPSS *Statistics* versão 29. **Resultados:** foram identificados 225 prontuários, a maioria (n = 182) do sexo feminino e cursando ensino fundamental II - 6º ao 9º anos (n = 116). Os encaminhamentos para o CAPSi foram realizados principalmente pela Emergência Psiquiátrica (n = 69), por demanda espontânea (n = 48) e pela Unidade de Saúde (n = 38). Havia antecedentes de transtornos mentais em familiares (n = 198), inclusive suicídios e tentativas, e a maioria residia com a genitora (famílias monoparentais). Automutilação foi a forma mais frequente de violência (n = 199) e ocorreu principalmente com cortes nos membros superiores (n = 184); em 148 dos casos analisados houve tentativa de suicídio, especialmente com a ingestão de medicamentos (n = 120); em 102 casos a presença de ideação suicida estava anotada no prontuário; foram notificados 146 casos, dos 225 casos identificados embora os profissionais sejam obrigados a notificar. Em 117 casos foi relatada violência sofrida anteriormente: sexual (n = 71), física (n = 40), psicológica (n = 47) e negligência/abandono (n = 13). O uso de drogas lícitas e ilícitas foi observado em 47 jovens, sendo as mais frequentes

álcool (n = 32), maconha (n = 21) e múltiplas drogas (n = 5). Os diagnósticos atribuídos com maior frequência aos jovens foram transtorno do humor (n = 178), transtorno da personalidade (n = 66) e transtornos da ansiedade (n = 57). Até o término da coleta de dados, 110 continuavam em atendimento pelo CAPSi; 115 haviam encerrado o atendimento por alta da equipe (n = 34), abandono ou alta solicitada (n = 55), transferência para outro serviço (n = 10), mudança de cidade (n = 10). O tempo médio de tratamento junto ao CAPSi foi 17,4 meses ( $\pm 9,7$  meses). Não houve correlação de uso de álcool e drogas com a violência autoprovoçada, apontando para outros fatores predisponentes. **Conclusão:** Houve predominância de famílias monoparentais, com antecedentes familiares com transtornos mentais e pacientes adolescentes vítimas de violências anteriores, com automutilação (cortes) nos membros superiores e inferiores. Foi identificada a ausência da notificação obrigatória por violência autoprovoçada, por parte de alguns serviços que atenderam a criança ou adolescente.

**Palavras-chave:** Violência autoprovoçada. Autolesão. Automutilação. Tentativa de suicídio. Adolescente.

OLIVEIRA, A. A. (2023). *Self-inflicted violence: profile of patients treated in child and youth psychosocial care centers (CAPS i)*. (Master's Dissertation in Psychology and Health). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

## ABSTRACT

Self-inflicted violence among children and adolescents is an important health issue. The **objective** of this study was to characterize and to describe patients with self-inflicted violence from Psychosocial Care Centers for children and adolescents (CAPSi) in São José do Rio Preto, SP, Brazil. **Method:** This is a descriptive, retrospective, documentary study with a quantitative approach. Data were obtained through the analysis of patients records between January 2019 and December 2021, specifically the cases identified by the CAPSi(s) teams as patients with self-inflicted violence. Data collection was carried out using an instrument built by the researcher and the SPSS Statistics software version 29 was used for the exploratory data analysis. **Results:** records of 225 patients were identified; most were female (n = 182), enrolled on fundamental school (6th to 9th years) (n = 116). Patients' referrals to CAPSi came mainly from Psychiatric Emergency (n = 69), due to spontaneous demand (n = 48), and from Health Care Unities (n = 38). Previously suffered violence was reported in 117 cases: sexual (n = 71), physical (n = 40), psychological (n = 47) and neglect/abandonment (n = 13). The use of legal and illegal drugs was observed in 47, the most frequent of which were alcohol (n = 32), marijuana (n = 21) and multiple drugs (n = 5). The diagnoses most frequently attributed to patients were mood disorders (n = 178), personality disorders (n = 66) and anxiety disorders (n = 57). Until the end of data collection, 110 were still receiving care through CAPSi; 115 had ended their care due to discharge from the team (n = 34), abandonment or requested discharge (n = 55), transfer to another service (n = 10), change of city (n = 10). The average treatment time at the CAPSi was 17.4 months ( $\pm 9.7$  months). There was no correlation between alcohol

and drug use and self-inflicted violence, pointing to other predisposing factors. **Conclusion:** There was a predominance of single-parent families, with a family history of mental disorders and adolescent patients who were victims of previous violence, with self-mutilation (cuts) in the upper and lower limbs. The absence of mandatory notification for self-inflicted violence was identified by some services.

**Keywords:** Self-inflicted violence. Self-harm. Self-mutilation. Suicide attempt. Adolescent.

## INTRODUÇÃO

### Violência

Violência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

O uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 1996, p. 5).

É um fenômeno complexo e multicausal, dividido pela OMS em três grandes categorias: violência coletiva, violência autoprovocada e violência interpessoal. A violência autoprovocada, objeto deste estudo, abrange comportamento suicida (pensamentos, tentativas e suicídio) e autoagressão, que inclui desde atos mais leves de automutilação (ex. arranhaduras, cortes, mordidas, queimaduras) a mais graves (ex. amputação de membros) (WHO, 2002).

Documento da Organização Pan-americana de Saúde [OPAS] (2023), que aborda a necessidade de estabelecer uma política que melhore a saúde mental da população, fornece um plano para governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros para a transformação da saúde mental no mundo. Aponta que em 2019, quase um bilhão de pessoas - incluindo 14% dos adolescentes do mundo - viviam com um transtorno mental.

O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem, em média, 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis (OPAS, 2023).

O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerras e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. Estigma, discriminação e violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares e 20 países ainda criminalizam a tentativa de suicídio. Em todos os países, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que correm maior risco de problemas de saúde mental - são também as menos propensas a receber serviços adequados de saúde. Dentre as principais causas de morte entre adolescentes nas Américas, o suicídio ficou em 3º lugar, precedido em 2º pelas fatalidades do trânsito e em 1º pelos homicídios (OPAS, 2023).

Relatório da Organização Mundial de Saúde (2022) convida todas as partes interessadas a trabalharem juntas e acelerar o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030. Faz várias recomendações de ação, agrupadas em três “caminhos para a transformação”: 1) Aprofundar o valor e o compromisso que damos à saúde mental; 2) Reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.; e 3) Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços (OMS, 2022).

Conforme estimativas globais de 2019, da Organização Mundial de Saúde, estima-se que 703.000 pessoas de todas as idades (9:100.000 habitantes) perderam a vida devido ao suicídio. E para cada morte por suicídio há mais de 20 tentativas de suicídio. O suicídio afeta pessoas de todos os países e contextos. E em todas as idades os suicídios e tentativas de suicídios têm um efeito cascata sobre famílias, amigos, colegas, comunidades e sociedades. Tanto em homens quanto em mulheres, o suicídio é uma das principais causas de morte entre os jovens. Em 2019 foi a terceira principal causa de morte em mulheres de 15 a 29 anos; e a quarta causa de morte no sexo masculino nessa faixa etária. No geral, é a quarta principal causa

de morte entre jovens de 15 a 29 anos e responde por cerca de 8% de todas as mortes nessa faixa etária (WHO, 2021).

Cerca de três quartos (77%) de todos os suicídios ocorrem em países de baixa e média renda (PBMRs), onde vive a maioria da população mundial. Mas os países de alta renda agrupados têm as taxas de suicídio mais altas: 10,9 por 100 mil habitantes. Globalmente, a taxa de suicídio caiu 36% desde 2000, com diminuições que variaram de 17% a 47% nas regiões vinculadas a OMS. No entanto, na Região das Américas da OMS, as taxas de suicídio aumentaram 17% nos últimos 20 anos (WHO, 2021).

### **Definições e terminologia**

Na literatura mundial não há um consenso em relação a terminologia relativa a violência autoprovocada. Estudo realizado por Carter *et.al* (2016), para o manejo de automutilação deliberada, coloca que não há uma definição de lesão autoprovocada (Deliberate Self-Harm ou DSH) que seja aceitável para todos. Alguns autores inclusive recomendam que esse termo não seja utilizado, justificando que pode haver uma crença entre os não-especialistas de que o termo se refere principalmente àqueles que se cortam. Segundo os autores, os conceitos, definições e a classificação da lesão autoprovocada (DSH) e o conceito relacionado de autolesão não suicida não são muito claros. Afirmam que o comportamento autolesivo refere-se a uma ampla classe de comportamentos que podem incluir autolesão não suicida (Non-Suicidal Self-Injury ou NSSI), que se refere à destruição direta e deliberada do próprio tecido corporal na ausência de intenção de morrer; e tentativas de suicídio, que se referem a esforços diretos para acabar intencionalmente com a própria vida (Carter *et al.*, 2016). Embora terminologias unificadoras tenham sido propostas, estas não foram universalmente adotadas (De Leo *et al.*, 2006; Gillies *et al.*, 2018).

Ideação suicida se refere a pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida (Borges & Werlang, 2006; Moreira & Bastos, 2015). Ter pensamentos suicidas eventualmente faz parte do processo de desenvolvimento normal da passagem da infância para a adolescência, na medida em que problemas existenciais são enfrentados e se está tentando compreender a vida, a morte e o significado da existência (Moreira & Bastos, 2015).

Revisão sistemática concluiu que o comportamento auto lesivo é mais prevalente entre adolescentes e adultos jovens (Cipriano *et al.*, 2017). A primeira tentativa de descrever esse comportamento pode ser vista no livro “*O homem contra si mesmo*” de Menninger, no qual o autor definiu o comportamento auto lesivo como uma espécie de “suicídio parcial”. Cipriano *et al.* (2017) aponta que ao longo dos anos houve uma ausência de concordância quanto a terminologia e vários termos diferentes foram utilizados para definir comportamentos auto lesivos; apareceram na literatura: síndrome da automutilação delicada (Pao, 1969), automutilação deliberada (Pattison & Kahan, 1983), automutilação (Tantam & Whittaker, 1992), automutilação moderada (Favazza & Rosenthal, 1993), automutilação (Ross & Heath, 2002). Alguns desses termos incluem comportamento suicida, a assunção de riscos e uma forma indireta de automutilação (Favazza, 1996). A falta de consenso em relação à terminologia e definição tornou a compreensão de tais comportamentos muito difíceis (Cipriano *et al.*, 2017).

A automutilação sem ideação suicida tem recebido atenção crescente de pesquisadores nos últimos anos, pelo aumento do fenômeno entre jovens. Esse comportamento envolve, por exemplo, cortar, coçar ou perfurar partes do corpo; queimar-se (ex. cigarro, fósforo); cortar a pele para escrever palavras ou desenhar símbolos; bater, socar ou morder o próprio corpo; bater a cabeça; espetar a pele com objetos cortantes e inserir objetos na pele. Embora qualquer parte

do corpo possa ser alvo da automutilação, os braços, pernas, tórax e barriga são os locais mais frequentes e mais de um local pode ser alvo (Mayo Clinic, 2023).

De acordo com o DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022), a característica essencial do *transtorno de autolesão não suicida* é que o indivíduo repetidamente inflige lesões leves a moderadas, muitas vezes dolorosas na superfície de seu corpo, sem intenção suicida. Mais comumente, o objetivo é reduzir emoções negativas, como tensão, ansiedade, tristeza ou autocensura, ou, menos frequentemente, resolver uma dificuldade interpessoal. Em alguns casos, a lesão é concebida como uma autopunição merecida. O indivíduo muitas vezes relatará uma sensação imediata de alívio que ocorre durante o processo. Quando o comportamento ocorre com frequência, pode estar associado a uma sensação de urgência e desejo, padrão comportamental resultante que se assemelha a um “vício”. As feridas infligidas podem se tornar mais profundas e mais numerosas. O corte é o método mais comum de lesão e é frequentemente infligido com uma faca, agulha, navalha ou outro objeto pontiagudo. As áreas comuns de lesão incluem o lado dorsal do antebraço e a área frontal das coxas. Outros métodos relativamente comuns usados incluem arranhões superficiais ou queimaduras na pele, bem como autoagressões ou pancadas, mordidas e interferência na cicatrização de feridas. Muitos usarão métodos diferentes ao longo do tempo, e o uso de vários métodos está associado a psicopatologia, incluindo envolvimento em tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2022).

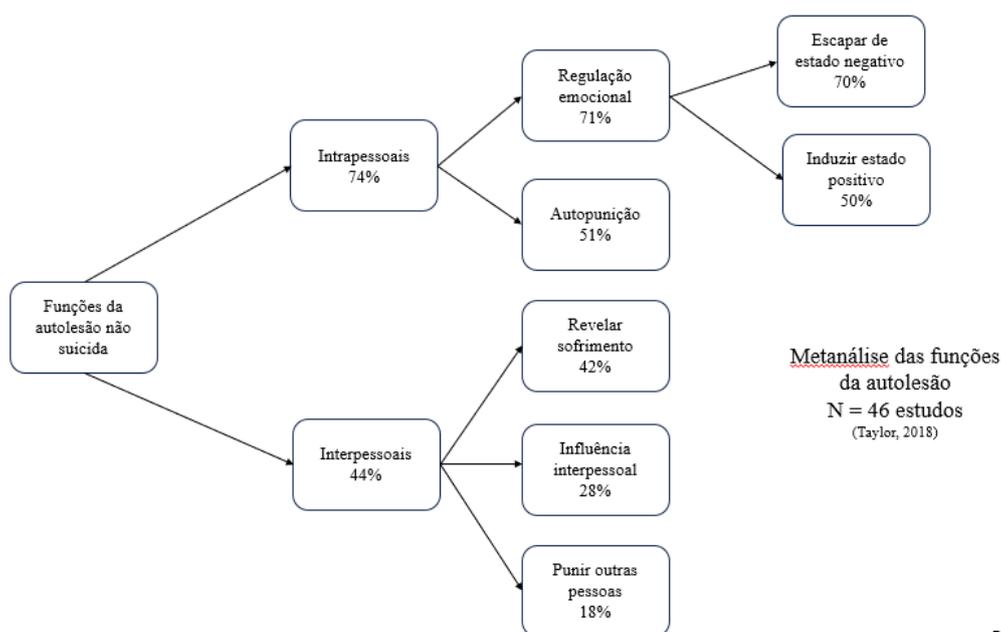
Pesquisas têm identificado altas taxas de tentativas de suicídio entre jovens que se automutilam, o que sugere que estes podem ter alta vulnerabilidade para suicídio, especialmente aqueles com vários episódios. Uma meta-análise de pesquisas realizadas na comunidade entre 1990 e 2015 indicou que a prevalência ao longo da vida é de 16,9%. Há uma diferença significativa na prevalência em diferentes países, que varia entre 4,1% e 39,3%. Essa variação entre os estudos analisados parece dever-se à falta de consenso em relação à definição

de autolesão, à frequência (um ou vários episódios) e ao país ou região onde foi realizada a pesquisa (Gillies *et al.*, 2018).

Taylor e colaboradores (2018) realizaram uma meta-análise sobre as razões ou funções da autolesão não suicida, que podem ser inter ou intrapessoais. As primeiras incluem regulação emocional (escapar de estado negativo ou induzir estado positivo) e autopunição. As intrapessoais envolvem revelar sofrimento, punir outras pessoas ou influência de outros. Uma síntese dos achados de Taylor (2018) foi proposta por Plener (2018) (Figura 1).

**Figura 1**

*Funções da automutilação*



Plener, 2019

Fonte: Plener (2018).

Uma maior vulnerabilidade para a autolesão envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, especialmente a combinação entre vários desses fatores e a exposição a importantes estressores negativos durante a vida. Problemas familiares, ausência ou cuidados inadequados por parte dos pais ou responsáveis durante a infância e adolescência estão

associados com autolesão. Fatores parentais incluem abuso de álcool, presença de transtornos mentais, alto nível de críticas à criança/adolescente e história familiar de autolesão (Brás *et al.*, 2022).

A exposição a eventos negativos é também um relevante fator de risco para autolesão. Estes incluem, por exemplo, abuso físico, sexual e negligência, grave disfunção familiar, punições frente a exposição de emoções, perdas e separações importantes, qualidade da relação afetiva entre criança/adolescente e familiares (Gratz, 2003).

De acordo com o DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022) o *transtorno de autolesão não suicida* geralmente começa no início até a metade da adolescência e pode continuar por muitos anos, com idades mais precoces de início associadas a manifestações mais graves. O transtorno de autolesão não suicida pode atingir o pico no final da adolescência e início dos 20 anos e depois diminuir na idade adulta. Pesquisas prospectivas adicionais são necessárias para delinear a história natural do transtorno de autolesão não suicida e os fatores que promovem ou inibem seu curso. Indivíduos muitas vezes aprendem sobre o comportamento por recomendação ou observação de outro, por meio de meios de comunicação e mídias sociais. Indivíduos expostos a outras pessoas que se automutilam, inclusive em ambientes hospitalares, escolares, correcionais e comunitários, são mais propensos a iniciar a automutilação, potencialmente por meio de modelagem social ou mecanismos de aprendizagem social.

Para Cardoso (2018, p. 512) “ao cometer, (in)conscientemente, a automutilação, autolesão, uso abusivo de substâncias psicoativas; ao praticar ou ser vítima de violência, bullying, cyberbullying; o adolescente pode buscar a morte em meio às suas tentativas de viver e lidar com a vida”. Assim, perante o que foi dito, o que se percebe em muitos sujeitos que se suicidam é um intenso sofrimento padecido na tentativa de adaptar-se e ajustar-se ao modo de vida vigente – atravessado de contextos violentos e limitantes - onde a morte, por fim, ocupa o lugar de refúgio para o alívio da sua dor” (Cabral, 2022).

## O bullying e o cyberbullying

Sendo um tipo de violência, o *bullying* também se manifesta em diferentes contextos, sendo um deles o *cyberbullying*, isto é, o *bullying* praticado contra alguém por meio da internet ou de outra tecnologia. Vítimas do *cyberbullying* costumam fazer parte de famílias monoparentais; possuem problemas psicossomáticos; apresentam dificuldades de percepção, problemas emocionais e sociais; e não se sentem protegidos pela escola e professores. Aqueles que se utilizam desta prática, por outro lado, normalmente tem experiências com outras formas de *bullying*; usam diariamente mais de três horas de internet; têm problemas na escola e costume de assediar os outros pela internet. Além disso, tanto o *bullying* quanto o *cyberbullying* estão associados com o aumento de ideação suicida tanto entre as vítimas quanto entre os ofensores (Botino *et al.*, 2015).

Por meio de revisão sistemática, Botino e colaboradores (2015) concluíram que “Cyber vítimas” e *cyberbullies* tinham mais problemas emocionais, psicossomáticos, dificuldades sociais, e não se sentiam seguros e cuidados na escola. O *cyberbullying* mostrou-se também associado à sintomatologia depressiva moderada e grave, uso de substâncias, ideação e tentativas de suicídio.

Romo e Kelvin (2016) realizaram, através do *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), uma pesquisa transversal representativa de adolescentes em idade escolar. Entre os 14.560 adolescentes escolares incluídos neste estudo, a prevalência de alguma vitimização por bullying nos últimos 30 dias foi de 37,8%. A vitimização por bullying foi associada a maiores chances de ideação suicida, com o planejamento e pelo menos uma tentativa de suicídio. Um efeito crescente de exposição-resposta do aumento dos dias de vitimização por bullying sobre os resultados do suicídio também foi observado. A vitimização por bullying foi associada a maiores chances de uso atual de tabaco, evasão escolar, luta física

e relação sexual desprotegida. Os autores sugerem que pesquisas futuras na América Latina são necessárias para investigar o impacto de outros tipos de bullying, particularmente o cyberbullying, e o impacto do bullying entre subgrupos específicos, como a comunidade LGBTQ e minorias raciais, para identificar as populações mais vulneráveis. Versões futuras do GSHS, portanto, devem considerar essas questões, como foi feito com a pesquisa do Youth Risk Behavior Surveillance System nos Estados Unidos, e incluir perguntas sobre raça, orientação sexual e tipos adicionais de bullying (Romo & Kelvin, 2016).

A Pesquisa de Comportamento de Risco Juvenil (YRBS), realizada nos Estados Unidos em 2021, mostrou que, em todo o país, mais estudantes do ensino médio que se identificam como lésbicas, gays ou bissexuais (LGB) relatam ter sofrido bullying na escola (23%) e cyberbullying (27%) do que seus colegas heterossexuais (7% e 13%, respectivamente). O estudo também mostrou que mais alunos LGB (14%) do que alunos heterossexuais (7%) relataram não ir à escola por questões de segurança. Os alunos que tiveram qualquer contato sexual com pessoas do mesmo sexo também relataram ter sofrido bullying na propriedade escolar (32%), sofrer cyberbullying (37%) e não ir à escola por questões de segurança (18%) (United States Government, 2023).

Estima-se que a taxa de tentativas suicidas entre os indivíduos LGBTQ é de 2 a 7 vezes maior do que a observada entre os heterossexuais. Sabe-se que a população LGBTQIA+ é mais exposta a ambientes discriminatórios, hostis e a sofrerem assédios, principalmente no ambiente escolar. Estão também mais vulneráveis à violência, como o abuso físico e sexual quando comparados a pessoas não homossexuais (Carvalho *et al.*, 2019; Cabral 2022).

Konno (2022), realizou estudo sobre a efetividade do Plano Terapêutico Singular (PTS) em CAPSi como forma de prevenção para novas ocorrências de Tentativa de Autoextermínio (TAE). A partir de 122 casos disponíveis, encontrou 16 casos com ocorrência de TAE. Observou que preconceito/racismo/homo/transfobia foi fator de risco para ocorrência de TAE

(1ª ocorrência após inserção no PTS); o risco 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 risco em 66% (1- 0,34) de 1ª ocorrência de TAE após inserção no PTS.

Os Centros de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos afirmam que estudantes que sofrem bullying têm cerca de 2 a 9 vezes mais chances de considerar o suicídio do que os não vítimas. Diversos programas têm enfatizado a relevância de prevenir, identificar e manejar adequadamente o bullying (United States Governmente, 2023).

### **Jogos virtuais e o comportamento suicida**

Dados epidemiológicos globais apontam que houve aumento expressivo de violência autoprovocada (automutilação e tentativa de suicídio) em jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2021) e aumento da procura por atendimento de jovens e famílias junto aos CAPSi. Estudo realizado por Junior e Lima (2017) utiliza os conceitos de fato social, solidariedade e anomia de Durkheim para analisar os suicídios ocorridos no ano de 2017 associados ao jogo da Baleia Azul. O conceito de anomia pode ser compreendido como ausência de normas, que decorre de grande turbulência social, heteronomia, perda dos laços sociais e de solidariedade. Problematizam a associação entre o conceito de suicídio anômico e as mortes associadas ao jogo da Baleia Azul.

O uso abusivo e a exposição do jovem a conteúdos inapropriados é fator de risco para o comportamento suicida, como por exemplo o desafio da Baleia Azul (ou Blue Whale) (Bassete, 2017; Costa & Araújo, 2022). A influência da mídia sobre o comportamento suicida é antiga. Em 1774, a publicação de “Os Sofrimentos do Jovem Werther”, de Goethe, levou posteriormente ao uso do termo “efeito de Werther” pelo sociólogo Phillips, para descrever o

aumento dos comportamentos suicidários após a cobertura midiática de um suicídio (Pirkis, Pirkis & Blood, 2001); Costa & Araújo, 2022).

Termos como “efeito de Werther”, “contágio”, “imitação”, ou “cluster de suicídios” têm sido usados como sinónimos. A cobertura extensiva do suicídio por parte da imprensa está associada a um aumento significativo do número de suicídios, sendo que este aumento depende da quantidade de notícias, da sua duração no tempo e do destaque que é dado. Além disso, os jovens parecem ser o grupo mais vulnerável ao efeito de imitação (Gould, 2001, p. 201-212, Costa, & Araújo (2022). Determinados relatos podem funcionar como “gatilho” para pessoas vulneráveis, indicando a necessidade de prevenção da cobertura inapropriada do tema pela imprensa (Yaqub *et al.*, 2017, p. 1, Costa & Araújo (2022).

Outros autores como Niederkrotenthaler *et al.* (2010) também discutem o papel preventivo que a mídia pode ter em relação ao suicídio: o efeito Papageno, isto é, a prevenção do comportamento suicida por meio de reportagens da mídia. As evidências sugerem o potencial preventivo de reduções quantitativas de reportagens sensacionalistas e atividades de promoção da saúde, como artigos sobre indivíduos que se abstiveram de adotar planos suicidas e, em vez disso, adotaram mecanismos positivos de enfrentamento em circunstâncias adversas.

Pesquisa apontada no DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022, p. 916) sobre Distúrbio de Jogos na Internet coloca que em uma amostra representativa de 8.807 alunos de escolas europeias selecionadas aleatoriamente, 3,62% tinham transtorno de jogo na Internet (usando os critérios do DSM-5) e 3,11% dos alunos foram considerados como tendo uso patológico da Internet, mas não eram jogadores. Ambos os grupos apresentaram riscos igualmente aumentados para sintomas emocionais, transtorno de conduta, hiperatividade/desatenção, comportamentos auto lesivos e pensamentos e comportamentos suicidas. Os efeitos na saúde mental do uso problemático da Internet, incluindo pensamentos

ou comportamentos suicidas, parecem estar relacionados e talvez mediados pelo impacto do uso problemático da Internet no sono (American Psychiatric Association, 2022).

As escolas têm um papel fundamental, como lócus para a promoção da inteligência socioemocional e saúde mental, pois é na escola que estão as crianças e adolescentes cotidianamente e é na escola, depois da família, que elas interagem e aprendem a lidar com o outro, e estabelecer relações interpessoais sadias (ou não).

### **Compreendendo os transtornos mentais e o comportamento suicida de acordo com o DSM5-TR**

De acordo com o DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022) um *transtorno mental* é uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Os transtornos mentais geralmente estão associados a sofrimento significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras atividades importantes. Por definição, um *transtorno da personalidade* é um padrão persistente de pensamento, sentimento e comportamento que é relativamente estável ao longo do tempo.

As categorias de *transtorno de personalidade* podem ser aplicadas com crianças ou adolescentes naqueles casos relativamente incomuns em que os traços de personalidade mal adaptativos particulares do indivíduo parecem ser abrangentes, persistentes e improváveis de serem limitados a um determinado estágio de desenvolvimento ou atribuível a outro transtorno mental. Para que um transtorno de personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos, as características devem estar presentes há pelo menos 1 ano. A única

exceção a isso é o transtorno de personalidade antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos (American Psychiatric Association, 2022).

Segundo o DSM5-R (American Psychiatric Association, 2022), vários transtornos mentais têm *associação com pensamentos ou comportamentos suicidas*:

✓ O transtorno depressivo persistente está associado a um risco elevado de desfechos suicidas e níveis comparáveis de incapacidade, quer o transtorno ocorra em países de alta, média ou baixa renda.

✓ Indivíduos com ansiedade podem ser mais propensos a ter pensamentos suicidas, tentar suicídio e morrer por suicídio do que aqueles sem ansiedade. O transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia específica foram identificados como os transtornos de ansiedade mais fortemente associados à transição de pensamentos suicidas para tentativa de suicídio.

✓ O transtorno de ansiedade generalizada está associado ao aumento de pensamentos e comportamentos suicidas, mesmo após ajuste para transtornos comórbidos e eventos estressantes da vida. Estudos de autópsia psicológica mostram que o transtorno de ansiedade generalizada é o transtorno de ansiedade mais frequente diagnosticado em suicídios.

✓ A fobia específica está associada tanto a pensamentos suicidas quanto a tentativas de suicídio com base em dados de pesquisas nacionais dos EUA. A fobia específica também está associada a uma transição da ideação para a tentativa. Para indivíduos da comunidade com idades entre 14 e 24 anos, um grande estudo prospectivo durante um período de 10 anos na Alemanha descobriu que 30% das primeiras tentativas de suicídio podem ser atribuídas a fobia específica.

✓ Ataques de pânico e diagnóstico de transtorno de pânico nos últimos 12 meses estão relacionados a uma maior taxa de comportamento suicida e pensamentos suicidas nos últimos 12 meses, mesmo quando há comorbidade e histórico de abuso infantil e outros fatores de risco

de suicídio. Aproximadamente 25% dos pacientes de cuidados primários com transtorno do pânico relatam pensamentos suicidas. Dados de pesquisas epidemiológicas de sintomas de ataques de pânico mostram que os sintomas cognitivos de pânico (por exemplo, desrealização) podem estar associados a pensamentos suicidas, enquanto sintomas físicos (por exemplo, tontura, náusea) podem estar associados a comportamentos suicidas.

✓ Uma revisão sistemática da literatura sobre ideação suicida e tentativas de suicídio em *amostras clínicas com TOC de vários países* encontrou uma taxa média de tentativas de suicídio ao longo da vida de 14,2%, uma taxa média de ideação suicida ao longo da vida de 44,1% e uma taxa média de ideação suicida atual de 25,9%. *Um estudo transversal com 582 pacientes ambulatoriais com TOC do Brasil* constatou que 36% relataram pensamentos suicidas ao longo da vida, 20% fizeram planos de suicídio, 11% já tentaram suicídio e 10% apresentaram pensamentos suicidas atuais. Em um estudo usando dados do *registro nacional sueco envolvendo 36.788 indivíduos com TOC* e controles da população geral pareados, os indivíduos com TOC apresentaram maior risco de morte por suicídio (OR = 9,8) e tentativa de suicídio (OR = 5,5), e o risco aumentado para ambos os resultados permaneceram substanciais mesmo após o ajuste para comorbidades psiquiátricas.

✓ Dois estudos de população geral na Alemanha encontraram taxas mais altas de pensamentos suicidas - 19% vs. 3%; 31,0% vs. 3,5% - e comportamentos - 7% vs. 1%; 22,2% vs. 2,1% - em *indivíduos diagnosticados com transtorno dismórfico corporal* do que naqueles sem o diagnóstico. Quatro vezes mais chances de ter pensamentos suicidas (OR agrupado = 3,87) e 2,6 vezes mais chances de ter feito tentativas de suicídio (OR agrupado = 2,57) quando comparados com controles saudáveis e indivíduos diagnosticados com transtornos alimentares, TOC ou qualquer transtorno de ansiedade. A relação entre transtorno dismórfico corporal e pensamentos e comportamentos suicidas elevados é independente da comorbidade, mas certas comorbidades podem fortalecer ainda mais essa relação. Indivíduos com transtorno dismórfico

corporal têm muitos fatores de risco demográficos e clínicos que geralmente predizem morte por suicídio.

✓ Eventos traumáticos, como abuso infantil ou trauma sexual, aumentam o risco de suicídio. O TEPT está associado a pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e morte por suicídio. A presença de TEPT tem sido associada a uma maior probabilidade de transição de pensamentos suicidas para um plano ou tentativa de suicídio, e esse efeito do TEPT ocorre independentemente do aumento do risco de transtornos de humor na probabilidade de comportamentos suicidas. Entre os adolescentes também existe uma relação significativa entre TEPT e pensamentos ou comportamentos suicidas, mesmo após ajuste para os efeitos da comorbidade.

✓ Indivíduos com sintomas de transtorno de luto prolongado correm maior risco de ideação suicida, mesmo após ajuste para o efeito da depressão maior e TEPT. A associação de sintomas de transtorno de luto prolongado e ideação suicida é consistente ao longo da vida.

✓ Em um estudo longitudinal, os comportamentos impulsivos e antissociais de indivíduos com *transtorno de personalidade limítrofe (Borderline)* foram associados ao aumento do risco de suicídio. Em uma amostra de pacientes hospitalizados com transtorno de personalidade limítrofe acompanhados prospectivamente por 24 anos, cerca de 6% morreram por suicídio, em comparação com 1,4% em uma amostra de comparação de indivíduos com transtornos de personalidade diferentes do transtorno de personalidade limítrofe. Um estudo de indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe acompanhado por 10 anos descobriu que o comportamento suicida recorrente era uma característica definidora do transtorno de personalidade limítrofe, associado a taxas decrescentes de tentativas de suicídio de 79% para 13% ao longo do tempo. Indivíduos com esse transtorno de personalidade apresentam comportamento suicida recorrente, gestos ou ameaças, ou comportamento automutilante. Atos automutilativos (por exemplo, cortar ou queimar) são muito comuns e podem ocorrer durante

os períodos em que o indivíduo apresenta sintomas dissociativos. Esses atos geralmente trazem alívio reafirmando a capacidade do indivíduo de sentir ou expiando a sensação de ser mal do indivíduo. A morte prematura por suicídio pode ocorrer em indivíduos com transtorno de personalidade limítrofe, especialmente naqueles com transtornos depressivos concomitantes ou transtornos por uso de substâncias.

✓ O *transtorno de comportamento suicida* é visto no contexto de uma variedade de transtornos mentais, mais comumente transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos de ansiedade (em particular, transtornos de pânico associados a conteúdo catastrófico e flashbacks de TEPT), transtornos por uso de substâncias (especialmente transtornos por uso de álcool), transtorno de personalidade limítrofe, transtorno de personalidade antissocial, transtornos alimentares e transtornos de adaptação.

✓ Poucos estudos abordam especificamente o suicídio em *indivíduos diagnosticados com transtorno de jogos na Internet*, mas estudos sobre um fenótipo mais amplo de comportamentos problemáticos na Internet e jogos online estão disponíveis. Uma pesquisa domiciliar nacionalmente representativa de jovens australianos com idades entre 11 e 17 anos (Young Minds Matter) descobriu que o comportamento problemático na Internet e nos jogos online estava associado a um maior risco de tentativa de suicídio no ano anterior. Depois de controlar dados demográficos, depressão, apoio familiar e autoestima, um estudo de pesquisa com 9.510 estudantes taiwaneses com idades entre 12 e 18 anos descobriu que o vício em internet, incluindo jogos online, estava associado a pensamentos suicidas e tentativas de suicídio.

✓ Como indivíduos com *autolesão não suicida* podem e tentam suicídio, é importante avaliar esses indivíduos quanto ao risco de suicídio e obter informações de terceiros sobre qualquer mudança recente na exposição ao estresse e no humor. A probabilidade de uma

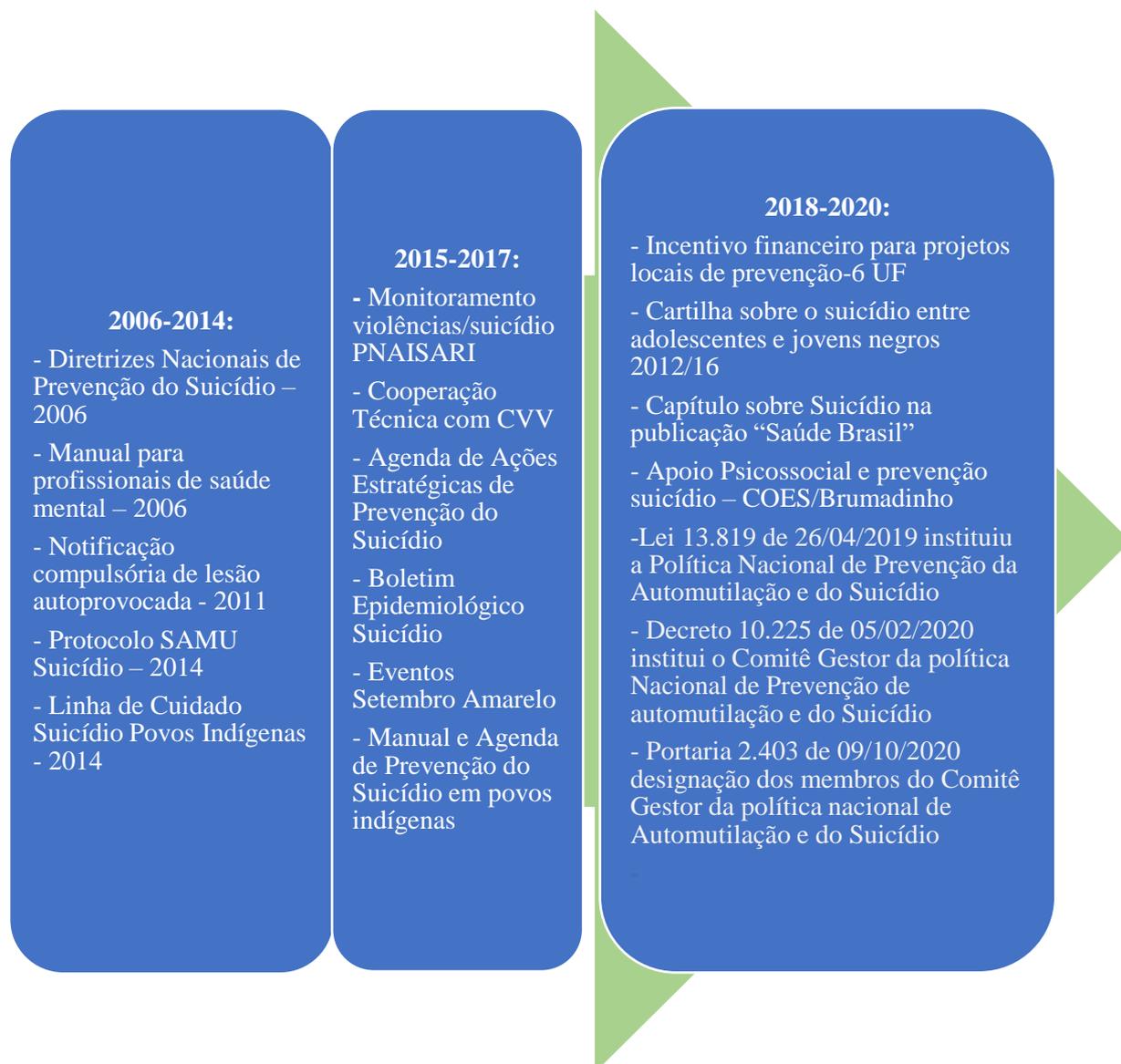
tentativa de suicídio tem sido associada a um histórico de autolesão não suicida, com o início de autolesão não suicida tipicamente precedendo as tentativas de suicídio em aproximadamente 1 a 2 anos, conforme demonstrado por pesquisas em ambientes clínicos e comunitários em três países de alta renda. O uso de vários métodos anteriores de autolesão não suicida, altas frequências de atos auto lesivos, idade de início mais jovem e uso de autolesão não suicida para obter alívio do sofrimento interno ou para autopunição são fortemente preditivos de ideação suicida e tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2022).

### **Legislação brasileira**

No Brasil, tem-se algumas leis norteadoras que buscam definir a terminologia, a responsabilização, e atribuições, no que concerne à criança e adolescente e sua saúde integral (física, mental, espiritual, moral e social).

**Figura 2**

*Linha do tempo das Ações do Ministério da Saúde na Prevenção do Suicídio*



Fonte: Teodoro, 2020

**Figura 3***Atos Normativos - Nível Federal*

<b>Política Pública</b>	<b>Temática</b>
Lei Federal nº 8.069 de 13/07/1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),	Estabelece em seu artigo 3º que crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa, e que devem ser asseguradas a eles todas as condições que garantam seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade
Lei Federal nº 8080, de 19/09/1990 (Lei Orgânica da Saúde)	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.  O art. 6º passa a vigorar, em 2023, com as seguintes alterações:  XII – a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)
Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001	Dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e sobre os direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.
Portaria GM/MS n.º 336 de 19/02/2002	Estabelece que os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial - I, II, III, i, AD) seriam os mais representativos desses serviços (comunitários e ambulatoriais) que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo”, incluindo aqui os CAPS Infantis (CAPSi II).
Portaria nº 1876/GM/MS, de 14/08/2006	Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
Portaria GM/MS nº 3088 de 23/12/2011.	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Conforme o artigo 4º, um dos objetivos específicos da RAPS é: - “ <i>promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e indígenas)</i> ”. A RAPS é composta por vários tipos de serviços, com diferentes responsabilidades de acordo com as necessidades de cuidado em saúde mental de cada território,

	devendo ainda se articular com outras políticas setoriais (Educação, Assistência Social, Trabalho, Habitação, Cultura, Esporte, entre outras), entendidas como parte integrante na produção de saúde de uma população. No campo da saúde mental da infância e adolescência a RAPS prevê serviços específicos como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e as Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenis.
Portaria GM/MS nº 1271, de 06 de junho de 2014	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional. O que indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso.
Portaria nº 3.491 de 18/12/2017	Instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
Lei Federal nº 13.819 de 26/04/2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Decreto nº 10.225 de 05/02/2020	Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.
Lei Nº 14715 DE 30/10/2023	Altera a Lei Nº 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, para incluir no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) <i>a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações.</i>

Fonte: Autora (2023).

A Portaria GM/MS nº 1271 de 06 de junho de 2014 veio determinar a obrigatoriedade da notificação compulsória das violências e agravos pelos serviços da saúde, médicos e outros profissionais, serviços públicos ou privados, sendo instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando intervenções no controle do âmbito epidemiológico e preventivo para o problema de violência. Em seu capítulo I, art.2º:

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - Agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

VI - Notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal. (Portaria GM/MS nº 1271, 2014)

A Lei federal nº 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, estabelecendo que as práticas preventivas devem ser implementadas pelo poder público com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.

#### **Figura 4**

##### *Objetivos da Lei Federal nº 13.819/2019*

---

###### *Objetivos*

- promover a saúde mental;
  - prevenir a violência autoprovocada;
  - controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
-

- 
- garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
  - abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
  - informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública, passíveis de prevenção;
  - promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio;
  - promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados.
  - promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

*Definição de violência autoprovocada*

- o suicídio consumado;
- a tentativa de suicídio;
- o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.

---

Fonte: Lei nº 13.819/2019.

Neste estudo, a definição de violência autoprovocada utilizada será compatível com a legislação brasileira.

### **Município de São José do Rio Preto**

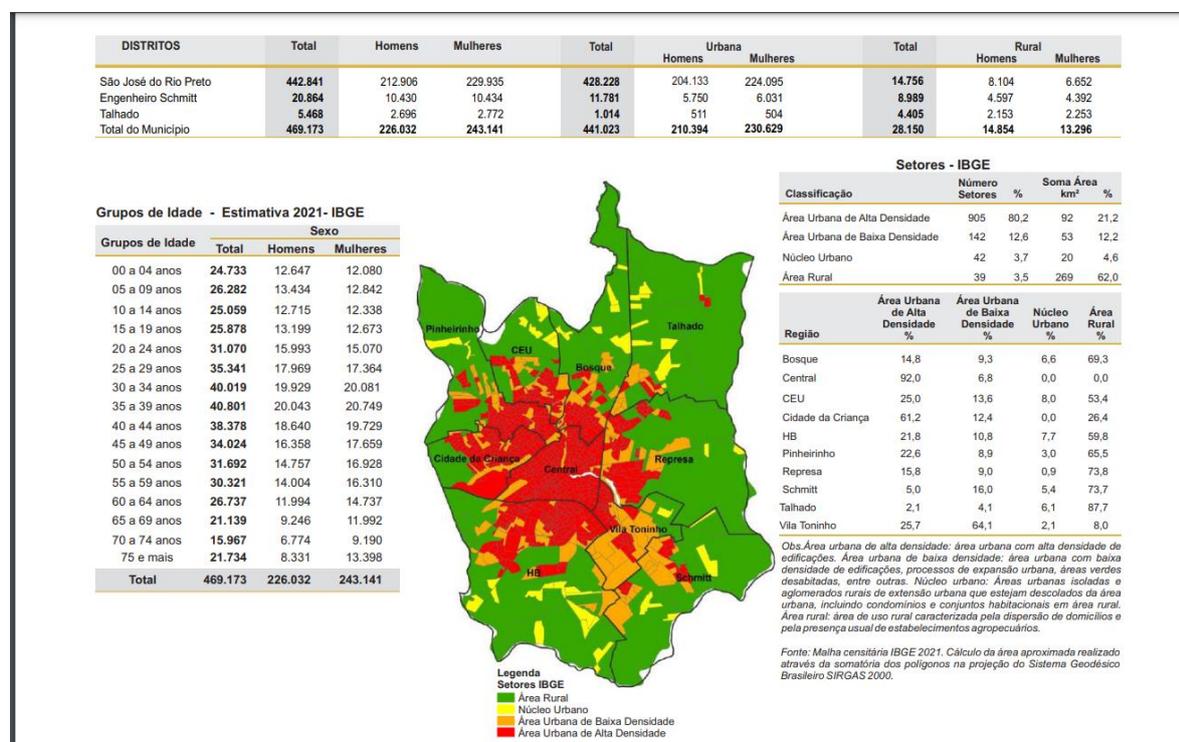
São José do Rio Preto é um município brasileiro localizado ao noroeste do estado de São Paulo, sede da atual Região Metropolitana de São José do Rio Preto, que conta com 37 municípios e foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 1.359, de 24 de agosto 2021.

Emancipado de Jaboticabal na década de 1850, é formada pelos distritos de Engenheiro Schmitt (zona sul), São José do Rio Preto (distrito-sede) e Talhado (extremo norte da cidade). O município é subdividido em cerca de 360 bairros, loteamentos e conjuntos habitacionais.

A população atual é de 480.439 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (2022). De acordo com estimativa de 2021 a população infanto juvenil (de 05 a 19 anos) chega a 77.219 jovens.

Figura 5

Estimativa da população infanto juvenil



Fonte: Malha censitária IBGE 2021, in Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto (2022)

O Decreto 7.508/2011 e a Portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde vem instituir a RAPS-Rede de Atenção Psicossocial no Brasil. Vejamos a RAPS do município (Figura 6):

Figura 6

Rede de Atenção Psicossocial em São José do Rio Preto

- Atenção Primária (29 UBS/UBSF)
- 2 CAPS II (adultos)
- 3 CAPS Infanto Juvenis
- CAESM (para mulheres)
- CAPS AD II (álcool e drogas-diurno)
- 1 CAPS ADIII (álcool e drogas- 24 horas)
- Emergência Psiquiátrica- HBM
- Hospital Bezerra de Menezes
- Hospital Geral

Fonte: Autora (2023), Decreto nº 7.508/2011, e Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde

A Atenção primária, os CAPS, a Emergência Psiquiátrica, e as UPAS são “porta aberta”, para os casos de violência autoprovocada.

O decreto 7.508 (2011) que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde preconiza que:

Art. 9º- São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: - de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto. (Decreto 7.508, 2011, art. 9º).

O mapa Figura 7 mostra onde ficam os Centros de Atenção Psicossocial infantil no Brasil.

### Figura 7

#### *CAPS Infantis no Brasil*



Fonte: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)- CAPSI - 30Set2020 - Google My Maps, acesso em julho, 2023

Konno (2022) afirma que, 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 (Silva *et al.*, 2018). Cita que em 2021, havia 274 unidades de CAPSi no Brasil, sendo que 150 estavam na região Sudeste, 54 na região Sul e Nordeste, 10 no Centro Oeste e 06 no Norte (Brasil, 2021). Em 2009 foram investidos 46 milhões de reais (Santos, 2014) e este valor foi para somente 65 milhões em 2021. Percebe-se uma falta de visibilidade deste público na pauta das políticas públicas em saúde mental por estigma; mas muitas vezes por falta de representatividade (Santos, 2014; Cubas *et al.*, 2022; Konno, 2022).

### **O centro de atenção psicossocial para crianças e adolescentes**

O CAPSi é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão atender crianças e adolescentes até 18 anos, do município, portadores de transtornos mentais severos e persistentes, e sofrimento psíquico intenso, proporcionando atendimento amplo, integrado e interdisciplinar, objetivando a inclusão social (Portaria MS-336, 2002).

### **Recursos humanos**

A Equipe técnica do CAPSi é composta por profissionais das áreas de: enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapeuta, pedagogia, oficinairos/artesãos, psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional. Alguns profissionais estão apenas em um CAPSi (pedagogo e fisioterapeuta).

Os profissionais realizam acolhimento, atendimentos e ações individualizadas, em grupo e com a família, articulação com a rede (escola, assistência social, conselho tutelar, judiciário, e outros serviços), e matriciamento (da atenção primária), dentre outras atribuições. Entende-se por “rede” todos os órgãos e serviços que atendem ou realizam ações voltadas para a criança e adolescente.

Após a avaliação do caso, é realizado o Projeto Terapêutico Singular, de acordo com a demanda e as necessidades da criança ou adolescente, e seus familiares.

Seguindo a lógica da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde que são princípios fundamentais do SUS- Sistema Único de Saúde, no Brasil (Lei 8080, 1990), os 03 CAPS Infantis se dividiram para atender toda a população infanto-juvenil do município de acordo com o local onde residem e a região de referência, cada região abrange diversas unidades da atenção primária (Portaria MS-336, 2002; Portaria nº 7.508, 2011).

### Figura 8

*Regiões e UBS (s) abrangidas pelos CAPSi(s) de São José do Rio Preto*

<b>Região</b>	<b>CAPSi CENTRO - Implantado em 2005 e habilitado em 2009</b>	<b>CAPSi NORTE - Implantado em 2003 e habilitado em 2004</b>	<b>CAPSi SUL - Implantado em 2007 e habilitado em 2015</b>
<b>Central</b>	UBS(s) Central; Anchieta; Jardim Americano; Vila Elvira; Parque Industrial		
<b>Represa</b>	UBS São Deocleciano, Luz da Esperança*		
<b>Vila Toninho</b>	UBS CAIC- Cristo Rei		UBS Vila Toninho
<b>Talhado</b>	UBS Talhado, UBS Lealdade e Amizade		
<b>Bosque</b>	UBS Solidariedade / São José do Rio Preto I / Jardim Felicidade	UBS João Paulo II / Jaguaré	
<b>Céu</b>		UBS(s) Santo Antônio; Jd. Simões / Renascer; Parque da Cidadania; Nova Esperança	
<b>Pinheirinho</b>		UBS(s) Vila Mayor; Jardim Maria Lucia	UBS Solo Sagrado

<b>Cidade da Criança</b>			Campos; Eldorado; Vetorazzo; Jardim Gabriela
<b>HB</b>			CSE Estoril; UBS(s) São Francisco; Cidade Jardim
<b>Schmitt</b>			UBS Engenheiro Schmitt, Fraternidade*

\* Obs.: As UBS(s) Fraternidade e Luz da Esperança foram inauguradas após o período (2021) da coleta de dados.

Vale ressaltar que a pesquisadora, psicóloga, trabalha em CAPS Infante Juvenil do município desde 2012, em contato direto com o público referido nesta pesquisa.

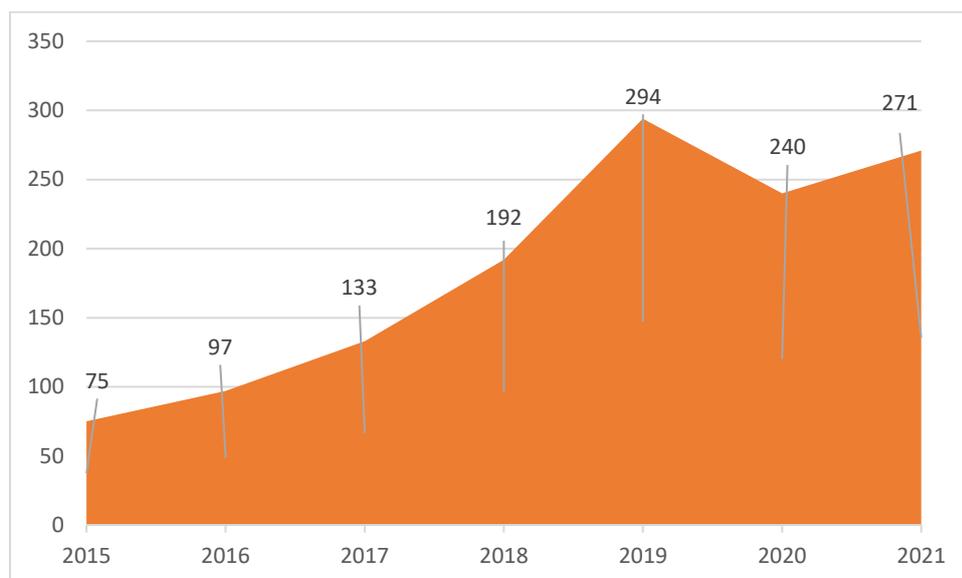
### **Retrospectiva e o cenário atual**

Considerando a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes no Brasil (Orellana *et al.*, 2020), bem como mudança significativa no público atendido pelos CAPS(s) Infantis, observado na prática clínica, especialmente na faixa etária de 09 a 16 anos, tornam relevante a realização de estudos nessa área. Se antes prevaleciam os Transtornos de conduta e TDAH, a partir de 2017 passaram a ser atendidos casos mais graves, com aumento significativo dos transtornos de humor, transtornos de ansiedade grave e tentativas de suicídio, bem como outros com comorbidades.

De 2015 a 2021 foram feitas 1302 notificações por violência autoprovocada em São José do Rio Preto, na faixa etária de 10 a 19 anos, de acordo com dados da Vigilância Epidemiológica (figura 9):

### **Figura 9**

### Quantidade de notificações de 2015 a 2021



Fonte: Prefeitura de São José do Rio Preto/SP, Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, dados exportados em 31/05/23.

Disponível em: [https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/boletim\\_violencia.php](https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/boletim_violencia.php)

A crescente incidência de violência autoprovocada, principalmente a partir de 2019, com predominância do sexo feminino, aponta para problemas estruturais na nossa sociedade, seja na família, escola, mídia e outros ambientes por onde transita a criança e adolescente, que a deixam mais vulnerável para o problema. Destacamos o malefício acontecido, a partir de 2017, pela exposição da geração infanto juvenil a determinados filmes, séries, vídeos, e mensagens pelo WhatsApp incentivando a violência autoprovocada (Costa & Araújo, 2022). Os técnicos dos serviços de saúde passaram por treinamentos para aprimorar as notificações.

Diante deste cenário, é relevante identificar as características das crianças e adolescentes atendidas pelo CAPS- Centro de Atenção Psicossocial para, com base em dados, delinear estratégias adequadas de atendimento às demandas e delinear projetos de prevenção junto à comunidade.

Este estudo visa levantar dados quantitativos, estatísticos, analisados a partir de fundamentação teórica e científica. O projeto é pertinente à linha de pesquisa Psicologia da Saúde, uma vez que visa identificar o perfil de pacientes atendidos nos Centros de Atenção

Psicossociais Infanto Juvenis com violência autoprovocada. O levantamento destes dados facilitará a compreensão do perfil dos usuários, fornecerá indicadores e subsídios para projetos e políticas públicas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes.

Destacamos a relevância deste estudo regionalizado, mas que retrata a realidade da violência autoprovocada de jovens no Brasil e no mundo e a necessidade de políticas públicas que venham de encontro as necessidades destes jovens e suas famílias.

## **OBJETIVO**

### **Objetivo primário**

Caracterizar pacientes de CAPS Infantis de São José do Rio Preto com histórico de violência autoprovocada.

### **Objetivos secundários**

Caracterizar e definir o perfil das vítimas de violência autoprovocada em relação a: - características sociodemográficas; forma da violência autoprovocada; tentativa prévia de suicídio; órgãos encaminhadores e notificação; presença de violências anteriores; presença ou não de transtornos mentais e antecedentes familiares.

Fornecer indicadores e subsídios para projetos e políticas públicas relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes.

## MÉTODO

### Prontuários (participantes)

Como se trata de estudo documental, foram utilizados prontuários de casos de violência autoprovocada provenientes dos CAPSi(s) Centro, Norte e Sul.

### Critérios de inclusão

- Foram incluídos prontuários em que a violência autoprovocada aconteceu no período entre janeiro de 2019 a dezembro de 2021;
- Casos que foram notificados ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória) de responsabilidade do município de São José do Rio Preto;
- Casos identificados pela equipe do CAPSi como pacientes com violência autoprovocada nos anos citados;
- Casos em que, após avaliação inicial, o paciente compareceu para tratamento pelo menos uma vez;
- Casos de pacientes ativos (em tratamento) a partir de janeiro/2019 a dezembro/2021;
- Prontuários de crianças com idade a partir de 07 anos e de adolescentes com até 18 anos.

### Critérios de exclusão

Foram excluídos os casos:

- em que a violência autoprovocada aconteceu antes de 2019 (exceto reincidentes em 2019, 2020, 2021);
- que só passaram pela avaliação inicial e não tiveram critério para tratamento/acompanhamento em CAPSi.
- que passaram pela avaliação inicial, tiveram critério para tratamento/acompanhamento em CAPSi, porém não aderiram ao tratamento proposto.

### **Instrumentos**

Para a coleta de dados utilizou-se “Instrumento de Coleta de Dados”, elaborado pela pesquisadora (Apêndice 1) e os prontuários de pacientes atendidos nos referidos CAPS Infantis.

Foram também utilizados dados do painel de “Violências” da Secretaria da Saúde e planilhas do google drive, com dados de monitoramento sobre as violências autoprovocadas notificadas pelos serviços do município à Vigilância Epidemiológica.

### **Procedimento**

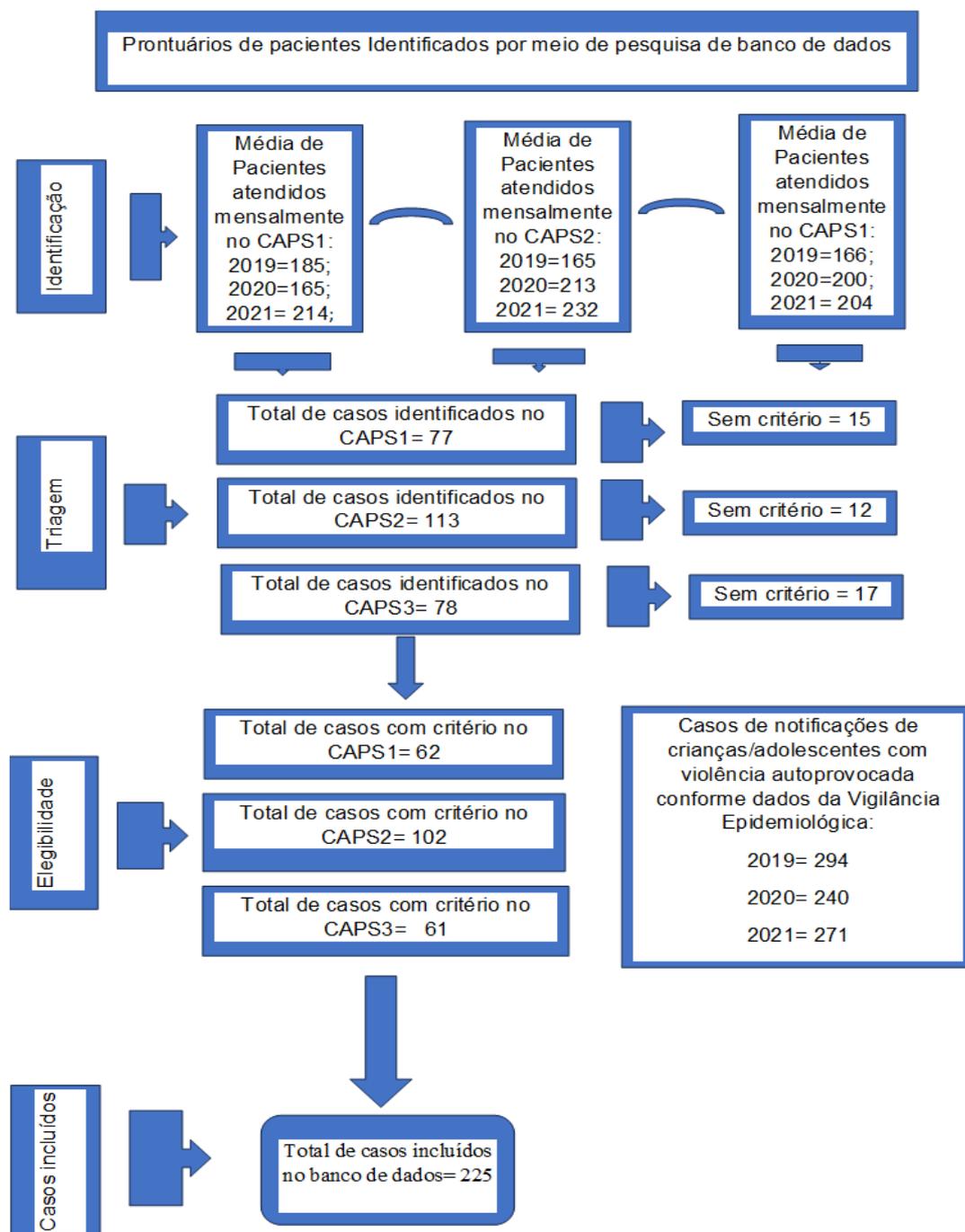
A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossociais Infanto Juvenis, vinculados a Prefeitura de São José do Rio Preto: CAPSi Centro, CAPSi Sul, CAPSi Norte.

A coleta dos dados foi realizada através do “Instrumento de Coleta de Dados” analisando um a um os prontuários de pacientes atendidos entre janeiro/ 2019 a dezembro/2021 que foram identificados pelas equipes dos 03 CAPS Infantis como pacientes com violência autoprovocada, nos anos citados, que atenderam aos critérios de inclusão, a partir de planilhas fornecidas pelos gerentes dos serviços.

Os dados foram coletados a partir de novembro de 2021, após aprovação do projeto pelos comitês de ética da Secretaria da Saúde de São José do Rio Preto e da FAMERP- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

**Figura 10**

*Fluxograma do estudo*



Fonte de dados: Planilhas de monitoramento anual da Secretaria da Saúde de São José do Rio Preto-CAPS Infantis, 2019, 2020, 2021 e dados da Vigilância Epidemiológica de São José do Rio Preto (2023)

A partir de 2019 houve um aumento expressivo de casos de violência autoprovocada nos CAPSi(s). A média mensal de atendimentos realizados nessas unidades nos últimos três anos (2019, 2020 e 2021) foi: CAPSi1:  $\pm 188$ ; CAPSi2:  $\pm 203,33$ ; CAPSi3:  $\pm 190$ , num total estimado de 581 pacientes. A identificação de casos de violência autoprovocada nesse contingente de atendimentos foi dificultada, uma vez que não havia uniformidade, em termos de identificação do problema, entre os três CAPSi(s): muitos prontuários já estavam no arquivo dos “inativos” organizados por numeração; nem sempre os prontuários dos “ativos” estavam no arquivo, pois os técnicos utilizavam com frequência para registros de atendimento; em muitos casos a ocorrência aparecia no decorrer do tratamento/acompanhamento; em muitos casos, não havia notificação ou o registro da notificação no prontuário.

Considerando todas estas dificuldades, foi solicitado a cada uma das gerências uma relação dos casos de violência autoprovocada identificados pelas equipes nos anos de 2019, 2020 e 2021. A partir destas listas iniciou-se a coleta dos dados e a análise dos prontuários, cujos dados estão apresentados na Figura 10 (fluxograma).

A partir dos dados colhidos nos prontuários pelo “instrumento de coleta de dados”, os dados foram codificados e cadastrados no Excel, e posteriormente, foram importados para o software IBM-SPSS *Statistics* versão 29 (IBM Corporation, NY, USA) para análise estatística.

A análise exploratória dos dados incluiu as estatísticas descritivas, média, desvio-padrão, quartis, 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).

Foi feito o cruzamento de dados dos prontuários com as planilhas de monitoramento das violências da Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde, pelo google drive, a fim de verificar se os casos foram notificados e quem foi o órgão notificador, pois em muitos

prontuários não havia a cópia da ficha SINAM-Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa-CEP (CAAE nº 52551321.3.0000.5415), no dia 12 de novembro de 2021, sob parecer de número 5.102.608. Houve dispensa do Termo de Consentimento por se tratar de estudo documental, sem contato com pacientes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dados de 225 prontuários, previamente identificados como sendo de crianças e adolescentes com violência autoprovocada (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Dados demográficos dos participantes do estudo*

<b>Característica</b>	<b>N = 225</b>
Idade, anos	14,0 (9,0 – 17,0)
Sexo, n (%)	
Feminino	182/222 (82,0)
Masculino	40/222 (18,0)
Escolaridade, n (%)	
Não alfabetizado	4/217 (1,8)
Fundamental I	14/217 (6,5)
Fundamental II	116/217 (53,5)
Ensino médio incompleto	31/217 (14,3)
Ensino médio completo	50/217 (23,0)
Ensino superior incompleto	2/217 (0,9)
Religião da família, n (%)	
Evangélicos +1	79/160 (49,4)
Católicos	67/160 (41,9)
Espíritas	5/160 (3,1)
Outra +1	9/160 (5,6)
Região, n (%)	
Céu	51 (22,7)
Pinheirinho	38 (16,9)
Bosque	35 (15,6)
Cidade da Criança	27 (12,0)
Central	26 (11,6)
Talhado	15 (6,7)
HB	13 (5,8)
Represa	9 (4,0)
Vila Toninho	8 (3,6)
Schmitt	3 (1,3)

Variáveis contínuas estão descritas em mediana (variação); variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

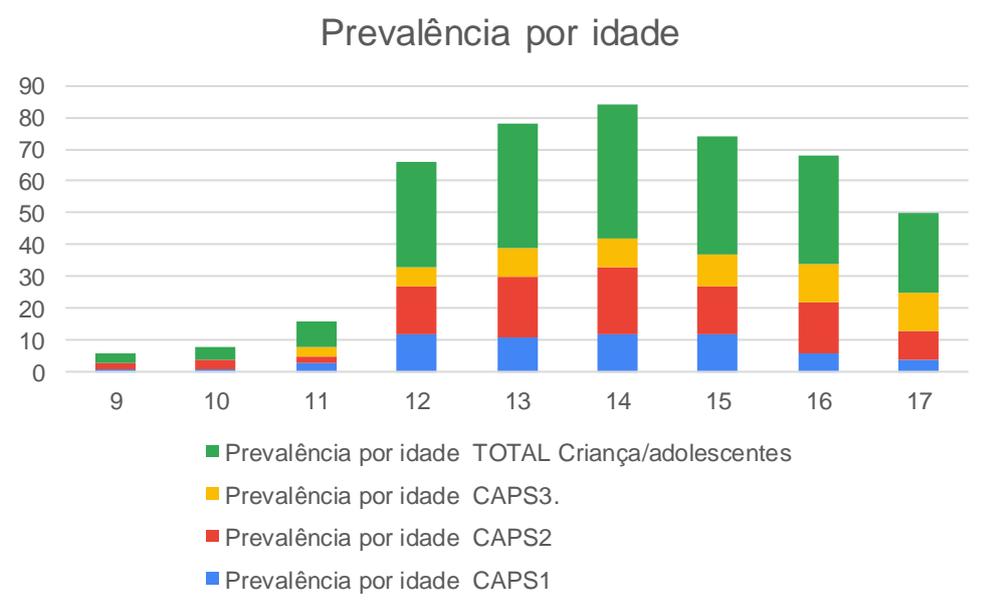
Prevaleceu o sexo feminino (82%), dado que está de acordo com a literatura nacional e internacional, que aponta que esse é um comportamento mais frequente entre as meninas e jovens (Gomes & Silva 2020; Silva & Marcolan., 2021). Entretanto, como apontam Victor e colaboradores (2018) ao analisar pacientes em tratamento para autolesão (por violência autoprovocada) há uma presença importante do sexo masculino e as diferentes características entre os sexos devem ser consideradas na abordagem ao problema.

Embora esse comportamento possa ocorrer em qualquer momento da vida, sua prevalência é maior na adolescência, entre 11 e 13 anos de idade (American Psychiatric Association, 2013), e entre 15 e 19 anos de acordo com o Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Carter *et al.*, 2016).

Dados sobre a faixa etária obtidos neste estudo são compatíveis com os achados citados na literatura internacional (Figura 11). Apesar do início ser principalmente nessa faixa etária, autolesão (violência autoprovocada) pode persistir por décadas (American Psychiatric Association, 2013).

**Figura 11**

*Prevalência de violência autoprovocada por faixa etária*



Fonte: Autora (2023).

Quanto a escolaridade, mais da metade dos prontuários analisados eram de estudantes do Ensino Fundamental II, do 6º ao 9º ano. Esse dado confirma a relevância e a necessidade de trabalhos de prevenção e promoção da saúde mental na própria escola. Inclusive porque fatores presentes no ambiente escolar, como bullying e cyberbullying, contribuem para o risco de sofrimento e automutilação e as escolas precisam estar preparadas para identificar e eliminar esses comportamentos (Anistia Internacional, 2016; Silva *et al.*, 2019; Figueira *et al.*, 2022).

As religiões predominantes das famílias destas crianças e adolescentes foram primeiramente a evangélica, seguida da católica.

De acordo com o DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022), as atitudes em relação ao suicídio e aos comportamentos suicidas são influenciadas por fatores históricos, ambientais, econômicos, políticos, legais, sociais, culturais, morais e espirituais ou religiosos. Por exemplo, em uma amostra longitudinal norte-americana acompanhada por gerações, a crença dos pais (identificados principalmente como protestantes e católicos) na importância da religião foi associada a menor risco de comportamento suicida em seus filhos, independentemente da crença dos próprios filhos sobre a importância religiosa e outros fatores parentais conhecidos, como depressão parental, comportamento suicida e divórcio. As razões para as tentativas de suicídio e a escolha dos métodos de suicídio podem ter significado cultural, que pode estar associado a respostas individuais e sociais específicas (por exemplo, estigma, vergonha ou respeito) (American Psychiatric Association, 2022).

Quanto aos Distritos Sanitários do município com maior prevalência de casos, eram regiões com população assistida pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e em situação de alta vulnerabilidade social. Entre os fatores de risco para autolesão (violência autoprovocada) está o nível socioeconômico, a estrutura familiar e a saúde mental dos pais (Plener *et al.*, 2018; Arbuthnott & Lewis, 2015).

Durante a coleta de dados, observou-se ausência de informações sobre a orientação sexual dos pacientes. Entretanto, esse dado aparece nos relatos e evolução realizadas pelos profissionais nos prontuários, sendo motivo, para alguns, de conflitos familiares e sofrimento psíquico para o jovem. Minorias de gênero e minorias sexuais tem chance aumentada de apresentar comportamentos de autolesão quando comparados a heterossexuais e/ou cisgênero, principalmente entre adolescentes (Batejan *et al.*, 2015). As taxas de suicídio entre indivíduos que se identificam como transgêneros são altas, e indivíduos transgêneros também correm maior risco de comportamento suicida do que indivíduos cisgêneros (American Psychiatric Association, 2022).

Visando controlar fatores genéticos e ambientais, O'Reilly e colaboradores (2021) investigaram a associação entre orientação sexual, tentativa de suicídio e automutilação em adolescentes gêmeos. Os autores concluíram que, aqueles que se identificavam com minorias sexuais, tinham probabilidade duas vezes maior para automutilação e tentativa de suicídio. Monitorar essas minorias para automutilação e suicídio é, portanto, fundamental.

A tabela 2 apresenta com quem as crianças e adolescentes deste estudo residem.

**Tabela 2**

*Dados relativos à residência do participante*

Com quem mora	N	%
Com mãe (com ou sem irmãos)	72	32,6
*Com mãe (com ou sem irmãos) + Outros familiares	13/72	18,05
*Com mãe (com ou sem irmãos) + Acolhimento institucional	1/72	1,38
Os pais (com ou sem irmãos)	65	29,4
*Os pais (com ou sem irmãos) + Outros familiares	3/65	4,61
*Os pais (com ou sem irmãos) + Acolhimento institucional	1/65	1,53
Mãe + companheiro (com ou sem irmãos)	37	16,7
*Mãe + companheiro (com ou sem irmãos) + Outros familiares	1/37	2,70
Outros familiares	17	7,7
Com pai (com ou sem irmãos)	12	5,4

*Com pai (com ou sem irmãos) + Outros familiares	3/12	25,0
Pai + companheira (com ou sem irmãos)	12	5,4
*Pai + companheira (com ou sem irmãos) + Outros familiares	1/12	8,33
Acolhimento institucional	6	2,7
Total		221 100

Fonte: Autora (2023).

Neste estudo predominaram famílias monoparentais, mais da metade das crianças/adolescentes viviam com as mães. No Brasil, 12 milhões de mães criam seus filhos sozinhas e mais de 60% destas vivem abaixo da linha da pobreza. Isso significa que, frequentemente, estas têm um ou mais empregos, geralmente mal remunerados e com extensa carga horária. O que impede que participem mais da vida dos filhos, acarretando fragilidade nos vínculos familiares (Parnes, 2021). Essa situação familiar desfavorável tem sido constantemente associada ao aumento da vulnerabilidade para autolesão (violência autoprovocada) em crianças e adolescentes (Bulat *et al.*, 2023; Tripković *et al.*, 2017).

Dados sobre a violência autoprovocada estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3**

*Dados relativos à violência autoprovocada (automutilação)*

Variável	N	%	Variável	N	%
<i>Automutilação</i>					
Sim	199	88,4			
Não	26	11,6			
Total	225	100			
<i>Ano da ocorrência</i>			<i>Forma da automutilação</i>		
<i>1ª ocorrência</i>					
2019	98	49,2	Corte membros superiores e inferiores	184/198	92,9
2020	48	24,1	Autoagressão (ex. bater a cabeça na parede)	24/198	12,1
2021	53	26,7	Corte no pescoço	5/198	2,5

Total	199	100	Outro método	10/198	5,0
<i>2ª ocorrência</i>			<b>Prevalência</b>		
2020	37	67,3	Uma vez	14	7,7
2021	18	32,7	Duas vezes	11	6,1
Total	55	100	Três vezes	14	7,7
<i>3ª ocorrência</i>			Quatro vezes ou mais	89	49,2
2021	11	100	Não informado	53	29,3
Total	11	100	Total	181	100

Fonte: Autora (2023).

A maioria dos prontuários analisados continha a confirmação da automutilação pelo paciente. Cortes autoprovocados foram os mais frequentes (mais de 90%), seguidos por autoagressão (12,1%). Esses dados são compatíveis com a literatura nacional e internacional que identifica cortes nos membros superiores e inferiores como a forma mais frequente de automutilação, que é também um comportamento recorrente e de baixa letalidade (Aragão Neto, 2019; Gillies *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2022; Victor *et al.*, 2018).

A tabela 3 aponta que houve maior ocorrência de automutilação em 2019.

Estudo realizado em capital do nordeste brasileiro identificou presença de ideação suicida em parcela dos estudantes do ensino fundamental com automutilação, principalmente cortes. Além disso, mostraram-se presentes experiências adversas na infância (abuso físico, emocional e sexual; ausência da figura paterna, perdas, bullying) e busca do alívio do sofrimento (Aragão Neto, 2019).

A crença comum sobre o comportamento de automutilação – tentativa de manipular ou de chamar a atenção – tem sido amplamente questionada em estudos científicos. A função desse comportamento tem sido identificada, em inúmeros estudos, como uma tentativa de aliviar o próprio sofrimento e de lidar com a desregulação emocional (Gratz, 2003). Uma metanálise sobre a prevalência de diferentes funções para o comportamento de autolesão identificou aspectos inter e intrapessoais. Entre os primeiros estão também os mais prevalentes

(66 a 81%): manejo de estados internos, como emoções, pensamentos e sensações físicas (ex. “parar de ter sentimentos ruins”; “escapar de pensamentos negativos”; relaxar). Entre as funções intrapessoais (32-56%) encontram-se comunicar sofrimento ou influenciar o ambiente (ex. receber mais suporte social; “mostrar meu desespero”) (Taylor *et al.*, 2018). Assim, a maioria dos jovens busca alívio da dor com o comportamento de autolesão.

De acordo com o DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022), a diferenciação entre *transtorno de autolesão não suicida e comportamento suicida* é baseada no objetivo declarado do comportamento, seja como desejo de morrer (comportamento suicida) ou sentir alívio (conforme descrito nos critérios para transtorno de autolesão não suicida). Em contraste com o comportamento suicida, os episódios de autolesão não suicida são, em curto prazo, tipicamente benignos em indivíduos com história de episódios frequentes. Além disso, alguns indivíduos relatam usar sua autolesão não suicida para evitar a tentativa de suicídio.

Estudos correlacionam alguns jogos virtuais e o comportamento suicida em jovens, principalmente a partir de 2017, dentre outros fatores. Costa e Araújo (2022) fazem correlação a fenômenos como “Baleia Azul” ou “Momo”, que instigam comportamentos auto-lesivos e suicidários.

Tentativas de suicídio foi também um dado identificado nos prontuários analisados (Tabela 4), bem como ideação suicida (Tabela 5).

#### **Tabela 4**

*Dados relativos à violência autoprovocada da criança incluída no estudo: TAE- Tentativa de autoextermínio*

Variável	N	%
Tentativa de suicídio		
Sim	148	66,1
Não	76	33,9
Total	224	100

Ano da primeira TAE		
2019	48	32,2
2020	57	38,3
2021	44	29,5
Total	149	100
Ano da segunda TAE		
2020	12	50,0
2021	12	50,0
Total	24	100
Ano da terceira TAE		
2021	2	100
Total	2	100
Método da TAE		
Ingestão de medicamentos	120/148	81,1
Enforcamento	23/148	15,5
Se jogar de janela/lugar alto	9/148	6,1
Se jogar na frente do carro	4/148	2,7
Outro método	26/148	17,5
Total	148	100
Número de reincidências de TAE		
01 vez	73	49,3
02 vezes	38	25,7
03 vezes ou mais (de repetição)	20	13,5
04 vezes ou mais (várias)	17	11,5
Total	148	100

Obs.: Neste período houve 01 adolescente que foi vítima do suicídio (consumado), por enforcamento.

### **Tabela 5**

*Dados relativos à violência autoprovocada da criança incluída no estudo: ideação suicida*

Variável	N	%
Ideação suicida		
Sim	102	48,1
Não	45	21,2
Pensamentos de morte	65	30,7
Total	212	100

Na crise suicida, há a exacerbação de uma doença mental existente ou uma turbulência emocional que, sucedendo um acontecimento doloroso, é vivenciada como um colapso existencial. Ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver (Botega, 2015).

Em mais da metade (66,1%) dos prontuários analisados foi identificada tentativa de suicídio, a maioria (81,1%) por ingestão de medicamentos, seguida por enforcamento. Um caso de suicídio, por enforcamento, foi identificado, e ideação suicida estava presente em aproximadamente metade dos casos analisados (Tabela 5).

Durante a coleta de dados foram observadas divergências entre diferentes profissionais, sobre o entendimento do termo “ideação suicida”. Alguns profissionais faziam referência a ideação suicida na avaliação inicial ou no relato dos atendimentos. Já o médico psiquiatra, durante a consulta, mencionava o termo “no momento sem ideação suicida”, mas com a presença de pensamentos de morte frequentes. Isso indica a necessidade de maior integração entre a equipe técnica, fundamental para o atendimento adequado ao paciente.

O conceito de ideação suicida envolve nuances: desde pensamentos passageiros de que a vida não vale à pena ser vivida até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer. A interpretação de achados sobre ideação suicida é cercada por incertezas, principalmente devido aos vieses na conceituação do fenômeno, à forma e ao conteúdo das perguntas que são feitas ao paciente, e à diversidade cultural dos grupos populacionais incluídos nos estudos. Em uma mesma população, pequenas sutilezas nas palavras ou na forma de perguntar costumam fazer a diferença. (Botega, 2015, p. 64).

Em um estudo prospectivo de 13 anos, realizado nos Estados Unidos, 10% das pessoas que inicialmente haviam relatado ideação tentaram o suicídio. Essa cifra contrastou com o número de 1,6% de tentativas de suicídio no grupo que, no início do estudo, negou a existência de ideação suicida (Kuo *et al.*, 2001).

Monitorar a ocorrência de autolesão, de ideação e de tentativas de suicídio na população é fundamental para prevenir a morte por suicídio (WHO, 2023). Assim, é fundamental identificar como ocorrem as notificações.

A Tabela 6 apresenta os dados sobre o órgão que realizou o encaminhamento da criança/adolescente para atendimento no CAPSi.

**Tabela 6**

*Dados relativos ao órgão encaminhador*

<b>Órgão encaminhador</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Emergência Psiquiátrica-HABM	69	30,8
Demanda Espontânea	48	21,4
Unidade de Saúde- atenção Básica	38	17,0
Conselho Tutelar	14	6,3
Unidade de Saúde - (Atenção especializada)	14	6,3
Hospital Geral	10	4,5
Escola- Secretaria da Educação	9	4,0
Poder Judiciário/Vara da Infância e Juventude	4	1,8
SEMAS- Secretaria de Assistência Social	3	1,3
Serviço de acolhimento-Casa Lar	3	1,3
Vigilância Epidemiológica	2	0,9
Outros	10	4,5
Total	224	100

Os encaminhamentos para os CAPS(s) foram realizados principalmente pela Emergência Psiquiátrica localizada junto a um Hospital Psiquiátrico, um serviço para atendimento de pessoas em situação de crise e que demandam atendimento emergencial. O que está na contramão da lógica assistencial da Saúde, que preconiza que a atenção primária seja a primeira “porta de entrada” das pessoas para o Sistema de Saúde. Esse dado indica que mudanças são necessárias para atender os preceitos do SUS e da RAPS - acolhimento, linha de cuidado, humanização, saúde integral, ênfase em serviços de base territorial e comunitária,

visando a promoção, proteção e recuperação da saúde (Lei Nº 8.080, 1990 e Portaria 3088, 2011, art. 2º).

O decreto 7.508 (2011) que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, preconiza que “são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: - de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto”. (Decreto nº 7.508, (2011), art. 8º, 9º).

Os dados indicam que 48% procuraram o CAPSi por “demanda espontânea”. Isso indica a necessidade de qualificar melhor esta informação, pois muitos usuários referem que “algum” serviço da rede socioassistencial orientou a busca pelo CAPSi, porém sem nenhum encaminhamento formal, o que dificulta a devolutiva ao serviço que referenciou o paciente e a articulação com a rede socioassistencial.

Escolas (Secretaria da Educação) pouco encaminham (4%) crianças e adolescentes, embora a maioria destas esteja no ensino fundamental II (6º ao 9º ano). Este dado sugere a importância de um trabalho de conscientização junto aos profissionais da Secretaria da Educação, direção, coordenação e professores, para a necessidade de estratégias e atividades voltadas para a inteligência socioemocional dos adolescentes e encaminhamentos quando necessário.

Encaminhamentos provenientes da Vigilância Epidemiológica são decorrentes de um protocolo municipal, que estabelece que os serviços de nível primário, secundário e terciário tenham ciência e se articulem rapidamente para assegurar o cuidado imediato da criança ou adolescente com violência autoprovocada. Ao receber a notificação de violência autoprovocada, a Vigilância Epidemiológica comunica via e-mail os setores envolvidos e corresponsáveis pelo caso: UBS/UBSF, CAPS ou outro serviço para o que é chamado de “busca ativa” da criança ou adolescente (e também dos adultos) para ofertar os cuidados necessários. Essa é uma ação relevante quanto a prevenção das tentativas de suicídio.

A tabela 7 é referente a notificação da violência autoprovocada (de notificação compulsória) e aponta que 65,2% dos casos foram notificados e 34,8% não foram notificados.

**Tabela 7**

*Dados relativos à notificação da violência autoprovocada*

Variável	N	%
Houve notificação da violência autoprovocada?		
Sim	146	65,2
Não	78	34,8
Total	224	100

Dada a relevância e obrigatoriedade da notificação, é preciso ressaltar o número de casos que não foram notificados, mesmo considerando que a violência autoprovocada é de notificação compulsória segundo a legislação brasileira. A notificação não é meramente para fins estatísticos: visa chamar a atenção da rede assistencial para aquela criança ou adolescente (e família) que está sofrendo e indicar aos técnicos dos serviços (atenção primária e atenção especializada) a necessidade de acompanhamento, tratamento e “busca ativa” daqueles que ainda não foram inseridos no serviço, e o trabalho em rede de forma compartilhada e corresponsável. Para Bahia e colaboradores (2018), a subnotificação pode estar também relacionada à negação ou falta de percepção dos profissionais e familiares frente à gravidade do caso.

A Tabela 8 apresenta dados de notificação de acordo com o CAPSi onde o paciente fez (ou faz) o tratamento.

**Tabela 8***Dados relativos à notificação da violência autoprovocada*

Variável	CAPSi 1		CAPSi 2		CAPSi 3	
	N	%	N	%	N	%
Houve notificação da violência autoprovocada?						
Sim	25	40,3	94	92,2	27	45,0
Não	37	59,7	8	7,8	33	55,0
Total	62	100	102	100	60	100
Quem notificou?						
CAPSi	1	4,2	80	85,1	19	70,4
UPA	17	70,8	18	19,1	9	33,3
Emergência Psiquiátrica HABM	2	8,3	3	3,2	1	3,7
Unidade de Saúde- atenção primária	2	8,3	1	1,1	0	0
SEMAS – Secretaria de Assistência Social (CREAS ou CRAS)	2	8,3	0	0	0	0
Outro	3	12,5	4	4,3	1	3,7

Em alguns casos, duas notificações simultâneas foram realizadas: pela UPA de referência e pelo CAPSi. Durante a coleta de dados, pode-se perceber que alguns profissionais notificam mais que outros. Alguns notificam a cada evento (autolesão repetida), outros notificam uma única vez, ainda que repetida e outros não notificam, talvez acreditando que o serviço encaminhador já fizera a notificação.

Um dado que chama a atenção são os índices baixos de notificação por parte de alguns serviços, como a Emergência Psiquiátrica, o maior encaminhador de crianças e adolescentes para os CAPS Infantis. Normalmente o usuário (paciente) é atendido por uma equipe de saúde em caráter de urgência, na emergência psiquiátrica, sendo posteriormente encaminhado, na maioria dos casos ao CAPS Infantil, com uma guia de referência em que é descrita a situação (violência autoprovocada). Dada a relevância da notificação, todos os casos deveriam ter sido notificados pelos técnicos da emergência psiquiátrica que atenderam a criança ou adolescente.

Estes dados indicam que é necessário um treinamento destas equipes para a importância da notificação, por se tratar de notificação compulsória em todos os casos de violência autoprovocada, seja por tentativa de suicídio, seja por automutilação (com ou sem ideação suicida).

A família tem importância fundamental no desenvolvimento da criança e do adolescente. De forma compatível com a literatura (Aggarwal *et al.*, 2017; Xu *et al.*, 2023), os dados indicaram presença de transtorno mental nos familiares da maioria das crianças/adolescentes investigados neste estudo (Tabela 9).

**Tabela 9**

*Dados relativos à presença de transtorno mental na família*

<i>Transtorno mental</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Tipo de transtorno mental dos familiares</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	198	88,39%	Depressão	110	55,6
Não	26	11,61%	Alcoolismo	31	15,7
<i>Total</i>	224	100	Uso de drogas ilícitas	31	15,7
<i>Parentesco</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Transtorno bipolar</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pai/genitor	88	44,0	Ansiedade	1	0,5
Mãe/genitora	59	29,5	Outros transtornos	17	8,6
Avós	18	9,0	<i>Total</i>	198	100
<i>Tios</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Tipos de transtorno mental dos irmãos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Irmãos	11	5,5	Uso de drogas ilícitas	12	5,33
Primos	4	2,0	Depressão	8	3,56
Padrasto	1	0,5	Ansiedade	4	1,78
Outros	2	1,0	Alcoolismo	2	0,89
<i>Total</i>	200	100	Transtorno bipolar	2	0,89
			Outros transtornos	19	8,44
<i>Tipos de transtorno mental dos pais</i>			<i>Tipo de transtorno mental das mães*</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Drogas ilícitas/álcool	76	33,78	Depressão	57	25,33
Depressão	17	7,56	Drogas ilícitas/álcool	31	13,77

Transtorno bipolar	4	1,78	Ansiedade	10	4,44
Ansiedade	3	1,33	Transtorno bipolar	8	3,56
Outros transtornos	12	5,33	Outros transtornos	17	7,56

\*Muitas mães apresentavam comorbidade

A saúde mental é determinada por uma complexa interação entre fatores individuais, familiares, “socioculturais, geopolíticos e ambientais, como infraestrutura, desigualdade, estabilidade sociais e qualidade ambiental” (WHO, 2022). A saúde mental dos pais ou cuidadores tem papel fundamental no funcionamento familiar e pode contribuir, positiva ou negativamente, para a saúde mental dos filhos (Paixão *et al.*, 2018; WHO, 2022).

Existe um ciclo vicioso entre transtornos mentais e desvantagens sociais relacionadas à pobreza, que começa antes mesmo de a criança nascer e persiste durante toda a vida: a pobreza impede o acesso a condições básicas, como alimentação, moradia, educação, acesso a serviços de saúde, segurança, entre outros, com importante impacto negativo sobre o desenvolvimento e a qualidade de vida (WHO, 2022).

Fatores protetores como a nutrição materna, saúde, cuidados parentais adequados, segurança, suporte social, segurança econômica, infraestrutura de qualidade, acesso a serviços de qualidade (ex. escola, saúde), igualdade de gênero, entre outros, são escassos entre as crianças e adolescentes estudados. Por outro lado, fatores de risco como baixa escolaridade dos pais e uso de álcool e de outras substâncias, dieta inadequada, abuso físico e sexual, bullying, fazer parte de minoria, pobre infraestrutura e dificuldade de acesso a serviços de qualidade (WHO, 2022) parecem ser frequentes entre a amostra deste estudo.

A tabela 9 aponta que a maioria (88,39%) dos familiares destas crianças e adolescentes tem ou tiveram algum transtorno mental, o que prejudica a qualidade dos cuidados fornecidos pelos pais e a qualidade do relacionamento estabelecido com a criança/adolescente. Este dado é semelhante ao obtido em outros estudos sobre o tema: ter antecedentes familiares com

transtorno mental se mostra como um fator de risco para a violência autoprovocada (Aggarwal *et al.*, 2017; Xu *et al.*, 2023).

Tentativas de suicídio em familiares estavam também relatadas em prontuários analisados (n = 84), principalmente de mães (n = 31) (Tabela 9). Assim como o transtorno mental, ter antecedentes familiares com tentativa de suicídio é fator de risco para o comportamento suicida (Jang *et al.*, 2022). Para a Organização Mundial de Saúde, o suicídio tem “um efeito cascata nas famílias, amigos, colegas, comunidades e sociedades” (WHO, 2022).

**Tabela 10**

*Dados relativos ao parentesco do familiar que apresentou tentativa de suicídio ou suicídio consumado*

<i>Parentesco</i>	<b>Tentativa de suicídio</b>		<b>Suicídio consumado</b>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
Mãe	31/82	37,8	1
Tios	20/82	24,4	7
Avós	14/82	17,1	1
Irmãos	11/82	13,4	1
Pai	8/82	9,8	1
	<b>Total</b>		<b>17</b>

Para Botega (2015), a natureza dos fatores de risco é variável. Segundo o autor, há a influência da genética, de elementos da história pessoal e familiar, de fatores culturais e socioeconômicos, de acontecimentos estressantes, de traços de personalidade e de transtornos mentais, para citarmos os mais importantes. Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis e, embora não possam ser objeto de ações clínicas ou preventivas, são, na prática, importantes sinalizadores de risco de suicídio (por exemplo, sexo, história de abuso sexual ou de tentativa de suicídio). Outros fatores, como transtornos mentais, estados emocionais e acesso

a meios letais, podem ser modificados, tornando-se alvo tanto da atenção clínica dirigida a um paciente quanto das estratégias de prevenção (Botega, 2015, pág. 104-105)

Sob a ótica da sociologia, Botega (2015) cita a obra “O suicídio: estudo de sociologia”, de Durkheim (1897) que vem quebrar um paradigma:

O suicídio não mais se encerraria no âmbito íntimo e pessoal. Ele enfoca o aspecto social do suicídio. Para Durkheim se, em vez de vermos nos suicídios apenas acontecimentos particulares, isolados uns dos outros, e que necessitam de um exame particular, considerarmos o conjunto de suicídios cometidos em uma determinada sociedade durante determinado espaço de tempo, constatamos que o total obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção de elementos, mas que constitui por si só um fato novo e sui generis, que possui unidade e individualidade, uma natureza própria e eminentemente social. (Durkheim, p. 413-415 *apud* Botega, 2015, p. 96).

Shneidman (1993) cunhou o neologismo *psychache* para denominar o estado psíquico de alguém prestes a cometer suicídio. Trata-se de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída. A *psychache* decorre do desespero de não ter as necessidades psicológicas básicas atendidas, como as necessidades de realização, de autonomia, de reconhecimento, de amparo e evitação de humilhação, de vergonha e de dor (Shneidman, 1993). Entre as experiências sofridas pelas pessoas com violência autoprovocada há frequentemente história de violências sofridas durante o desenvolvimento.

A tabela 11 apresenta dados relativos à violência anterior sofrida pela criança/adolescente deste estudo.

**Tabela 11***Dados relativos à violência sofrida anteriormente*

Variável	N	%
Vítima de violências anteriores?		
Sim	117	52,0
Não	108	48,0
Total	225	100
Tipo de violência anterior		
Sexual	71	31,6
Física	30	13,3
Psicológica	47	20,9
Negligência/abandono	13	5,8
Outra	3/224	1,3
Parentesco com o agressor		
Pai	37/117	31,6
Mãe	29/117	24,7
Padrasto	12/117	10,2
Tio	3/117	2,6
Avô (drasto)	10/117	8,5
Primo	11/117	9,4
Irmã/irmão	4/117	3,4
Outro	12/117	10,2

Mais de 50% das crianças/adolescentes com violência autoprovocada apresentaram história de violência, sendo os principais agressores os pais e pessoas próximas, mostrando que a violência é geralmente doméstica. A literatura científica indica que crianças e adolescentes vítimas de violências e que têm famílias disfuncionais apresentam risco aumentado para lesão autoprovocada (Serafini *et al.*, 2017). Considera-se importante fator protetor em relação a esse problema e a outros transtornos mentais o fortalecimento da rede de suporte social, que inclui a família (Silva *et al.*, 2022). A relação de uma criança com seus pais ou cuidadores é fundamental para o desenvolvimento saudável e crianças privadas de uma ligação afetiva com

a família/cuidadores tem probabilidades aumentada para transtornos de mentais, na infância, adolescência ou vida adulta (WHO,2021).

Outra forma de violência não contemplada neste estudo, mas observada em vários prontuários, é o bullying ou *cyberbullying*, vivenciado principalmente pelos adolescentes na escola ou redes sociais. Estudo populacional, realizado com 16.182 adolescentes com idade entre 12 e 19 anos, identificou que 15% destes engajavam-se em comportamentos de autolesão. O risco de autolesão entre esses jovens era cinco vezes maior para as vítimas de bullying e três vezes maior para os perpetradores do bullying. Os autores concluíram que há uma forte associação entre bullying e autolesão, apontando a necessidade de programas tendo o bullying como alvo. Sugeriram ainda que altos níveis de suporte dos pais e a sensação de bem-estar na escola são fatores protetores em relação à negativa interação entre bullying e autolesão (Myklestad & Straiton, 2021).

Embora o uso de álcool e de outras substâncias (lícitas e ilícitas) seja também um fator de risco para a violência autoprovocada (Tabela 12), a maioria das crianças/adolescentes deste estudo (77,10%) não estavam utilizando substância psicoativa no momento da autolesão.

**Tabela 12**

*Dados relativos ao uso de drogas ilícitas/lícitas*

Variável	N	%
<b>Drogas ilícitas/lícitas</b>		
Sim	47	22,9
Não	158	77,1
Total	205	100,0
<b>Tipo</b>		
Álcool	32/47	68,1
Maconha	21/47	44,6
Múltiplas drogas	5/47	10,6
Outras	10/47	21,2

Entretanto, o fato de mais de 20% utilizarem algum tipo de substância (ex. álcool, maconha, múltiplas drogas) é preocupante porque, além da violência autoprovocada, esse uso coloca o jovem em risco para inúmeros outros problemas graves (ex. acidentes, comportamento de risco para doenças infectocontagiosas, dentre outras).

A tabela 13 apresenta os diagnósticos baseados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição, de acordo com os dados coletados.

Embora a CID-11 tenha sido oficialmente endossada para uso pelos países membros da OMS durante a 72ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 e tenha entrado oficialmente em vigor em 1º de janeiro de 2022, cada país escolhe quando adotar a CID-11.

**Tabela 13**

*Análise descritiva sobre os diagnósticos - CID 10 (N = 215)*

<b>Hipótese Diagnóstica</b>	<b>N (% válida)</b>
Transtorno do humor - afetivos (depressão, bipolar, distímia e outros) - F31-F39	178 (82,7)
Transtornos da personalidade (e do comportamento do adulto) - F60-F68	66 (30,6)
Transtornos neuróticos (ansiosos), relacionados ao estresse e somatoformes (ansiedade, síndrome do pânico, TOC, outros) - F40-F44	57 (26,5)
Transtornos do comportamento e emocionais com início na infância ou adolescência - F90-F98	29 (13,4)
Retardo Mental - F70-F79	9 (4,1)
Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (dependência de álcool, Crack e outras drogas) - F10-F19	4 (1,8)
Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes (Psicoses) - F20-F29	4 (1,8)
Transtornos do desenvolvimento Psicológico (Transtornos globais do desenvolvimento e outros) - F84-F89	3 (1,4)
Outros	6 (2,8)
Dados ausentes	10

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

As informações de CID estavam disponíveis para 215 pacientes.

Houve maior prevalência de hipóteses diagnósticas (de acordo com a CID-10) de transtornos do humor-afetivos, principalmente depressão, seguidos por transtornos de personalidade (especialmente transtorno borderline), transtornos da ansiedade e transtornos do comportamento e emocionais (ex. transtorno de conduta).

Em vários prontuários foi apontada comorbidade e o questionamento acerca da hipótese diagnóstica atribuída. Houve também mudanças de médicos psiquiatras nos CAPSi(s) no período pesquisado, acarretando divergências quanto a hipótese diagnóstica sobre o paciente em questão. Quanto aos dados ausentes em 10 prontuários, são casos em que o médico fez o relato do atendimento sem especificar qual a hipótese diagnóstica.

A CID 10 é um sistema diagnóstico alternativo ao Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) da American Psychiatric Association. Ela foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde e aborda os diagnósticos de todos os campos da medicina (WHO, 1992). Para atender aos critérios gerais de *transtorno da personalidade* no sistema da CID, o indivíduo deve apresentar “atitudes e condutas marcadamente desarmônicas” (WHO, 1992, p.157), as quais normalmente ocorrem em várias áreas do funcionamento. Como no DSM, o padrão deve ser estável, generalizado, duradouro e não pode estar confinado somente nos limites de outra doença mental. O padrão deve ter seu início na infância ou adolescência e acarretar sofrimento (Beck, 2017).

O transtorno de personalidade limítrofe (Borderline) tem sido tipicamente considerado um transtorno de início adulto (American Psychiatric Association, 2013). No entanto, descobriu-se em ambientes de tratamento que os sintomas em adolescentes de 12 ou 13 anos podem atender a todos os critérios para o transtorno (American Psychiatric Association, 2022).

Alguns tipos de transtorno de personalidade (notadamente, transtornos de personalidade antissocial e borderline) tendem a se tornar menos evidentes ou a regredir com a idade, enquanto isso parece ser menos verdadeiro para alguns outros tipos, por exemplo: transtornos

de personalidade obsessiva-compulsivo e esquizotípico. (American Psychiatric Association, 2022).

A adolescência é uma fase em que ocorrem modificações psicológicas, físicas e sociais, sendo comum, nessa fase, acontecerem movimentos de dependência e independência extrema, caracterizando um período de contradições, conflitos e ambivalências. No entanto, muitos dos comportamentos atípicos manifestados pelos adolescentes podem ser apenas uma busca de sua identidade, sendo naturalmente superados (Moreira & Bastos, 2015).

A tabela 14 mostra dados sobre a continuidade ou não do tratamento no CAPSi de referência no período da pesquisa.

**Tabela 14**

*Dados relativos ao encerramento do tratamento no CAPS*

Variável	N	%
Tratamento no CAPS encerrado até 31/12/21		
Sim	110	49,1
Não	115	50,9
Total	225	100,0
Motivo do encerramento		
Alta médica e da equipe	34	30,9
Abandono e alta a pedido	55	50,0
Transferência para outro serviço	10	9,1
Mudança de cidade	10	9,1
Outro motivo	1	0,9
Total	110	100,0

Aproximadamente metade (50,9%) dos pacientes estavam ainda em acompanhamento até o final da coleta dos dados. Alguns foram transferidos para outro CAPSi, devido mudança de residência, porém consideramos somente o período de tratamento no CAPSi de onde os dados foram extraídos.

Considerando o universo de pacientes que encerraram o tratamento ( $n = 110$ ), o principal motivo foi abandono e alta a pedido, seguido de alta médica e da equipe, transferência para outro serviço, mudança de cidade e outros motivos. Por abandonos, entendemos que a criança ou adolescente e a família não aderiram ao tratamento indicado. Por alta médica e da equipe, entende-se que os pacientes seguiram o tratamento e houve melhora e remissão dos sintomas, mesmo considerando a gravidade dos sinais e sintomas iniciais.

Por se tratar de criança e adolescente, o tratamento depende fundamentalmente dos pais ou cuidadores. Como apontado anteriormente, essas crianças provêm, em sua maioria, de famílias monoparentais, frequentemente disfuncionais e com sofrimento e transtornos mentais. Nestes casos é necessária uma articulação de toda a rede de atenção socioassistencial, com outras secretarias ou entidades como: - escolas, projetos de contraturno, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, além das Unidades de Atenção Primária e dos CAPS II(s) para adultos e CAPS AD(s) para álcool e drogas. Quando esta criança se coloca como “a protagonista da cena” familiar, e com os direitos violados, requer intensa dedicação da equipe do CAPSi, necessidade de intensificar o projeto terapêutico singular e o trabalho com a família.

Dos 138 pacientes que iniciaram o tratamento antes de 2021, o tempo médio de tratamento foi 17,4 meses ( $\pm 9,7$  meses), com tempo mínimo de 0,7 meses e máximo de 36,5 meses. Embora haja adesão ao tratamento e alta em parcela significativa dessas crianças/adolescentes, há também abandono por muitos. Segundo Roberto (2019), pensar em novos métodos e políticas públicas como prevenção é também pensar nos recursos altos que a violência autoprovocada gera no Sistema de Saúde.

De acordo com o DSM5-TR (American Psychiatric Association, 2022), o transtorno de autolesão não suicida geralmente começa no início até a metade da adolescência e pode continuar por muitos anos, com idades mais precoces de início associadas a manifestações mais

graves. O transtorno de autolesão não suicida pode atingir o pico no final da adolescência e início dos 20 anos e depois diminuir na idade adulta. Pesquisas prospectivas adicionais são necessárias para delinear a história natural do transtorno de autolesão não suicida e os fatores que promovem ou inibem seu curso. Indivíduos muitas vezes aprendem sobre o comportamento por recomendação ou observação de outro, por meio de meios de comunicação e mídias sociais. Indivíduos expostos a outras pessoas que se automutilam, inclusive em ambientes hospitalares, escolares, correcionais e comunitários, são mais propensos a iniciar a automutilação, potencialmente por meio de modelagem social ou mecanismos de aprendizagem social.

Revisão de literatura feita por Moreira et al. (2020), apontou como fatores de riscos para a automutilação em 27 estudos, os seguintes aspectos:

Pertencer ao sexo feminino, abuso físico e sexual, bullying, consumo excessivo de álcool e drogas, término de relacionamento, baixa qualidade de relacionamento com a mãe, falta de apoio familiar, conhecer outra pessoa que se automutila, sono pobre, sintomas de impulsividade, baixa autoestima, baixo nível socioeconômico, autocrítica, dificuldade de resolução de problemas, não possuir identificação religiosa ou espiritual, baixa escolaridade, possuir identidade alternativa, apresentar problemas com a lei e dificuldade de se expressar (Moreira et al., 2020).

Cabral (2022) coloca em seu estudo que as políticas que trabalham de forma específica o bullying, são destaque, por este ser considerado um dos fatores importantes de risco para o suicídio na adolescência. Considera-se que todas as leis que abordam direta ou indiretamente a prevenção e o combate à violência na infância (seja a violência física, sexual, trabalho infantil, abandono e negligência) atuam também – mesmo que de forma menos consolidada ou direcionada - na prevenção da violência autoprovocada; uma vez que, a história de vida marcada pela violência se institui um fator de risco para o suicídio (Cabral, 2022). Leis

específicas sobre Bullying e Cyberbullying são estratégias fundamentais para prevenção e para coibir essa forma de violência.

Os estudos de Costa & Araújo (2022), apontam que as três redes sociais digitais mais usadas são o Facebook, o Instagram e o YouTube, além das plataformas de mensagens mais individualizadas (WhatsApp e Messenger). Citam Hootsuite (2019) dizendo que quanto aos públicos mais jovens os resultados são diferentes: o uso do Snapchat e do TikTok, entre crianças e adolescentes, é avassalador. Citam também Marktest (2019), quanto ao Instagram, destaca-se sobretudo entre os mais jovens, com idades compreendidas entre os 15 aos 24 anos. Através do estudo, contabilizaram 448 vídeos com a palavra “suicídio” no título, entre fevereiro de 2019 e de 2020. Entre estes 448 vídeos, a maioria dos vídeos é proveniente do Brasil. Existem vídeos sem visualizações e outros com mais de 600 mil.

Costa & Araújo (2022), destacam algumas empresas e instituições que têm desenvolvido boas práticas no combate ao suicídio nas redes digitais. Desde 2015 o Ministério da Saúde mantém parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), organização não governamental (ONG) brasileira. Em 2019 o CVV lançou, com o apoio do Facebook Brasil, um “bot” (aplicação programada com inteligência sócio semântica de pergunta e resposta) no Messenger que utiliza inteligência artificial para agilizar os atendimentos e conferir prioridade a quem procura prevenção do suicídio. O objetivo é facilitar a informação, ser eficiente, rápido e economizar recursos (Propmark, 2019, Costa & Araújo 2022).

Costa & Araújo (2022) sugerem que os governos em geral, e empresas como o Facebook, o YouTube ou Instagram, se articulem sobretudo nas questões da prevenção de vários tipos de comportamentos de risco: suicídio, cyberbullying, cyber-perseguição, cyber-chantagem, cyber-violência, isolamento social, discursos de ódio e depressão (Pinheiro, 2009, Costa & Araújo, 2022).

Destacamos o papel fundamental dos diversos setores que lidam com os jovens, através de ações intersetoriais que venham prevenir e promover saúde mental entre os jovens.

Para Botega (2015) é fundamental diferenciar reações de um jovem que podem ser consideradas normais, de sinais de alerta de que algo grave está por acontecer pode ser muito difícil. A Figura 12 reúne alguns sinais que alertam quanto a provável existência de risco de suicídio. Para o autor muitos desses sinais são inespecíficos, pois também aparecem quando do surgimento de transtornos mentais graves (esquizofrenia, depressão, drogadição e transtorno bipolar), esses transtornos, por sua vez, costumam ter início na adolescência ou nos primeiros anos da vida adulta (Botega, 2015, p. 184).

## **Figura 12**

*Os sinais de alerta*

*Sinais de alerta em relação a risco de suicídio em adolescentes*

- 
- Mudanças marcantes na personalidade ou nos hábitos
  - Comportamento ansioso, agitado ou deprimido
  - Piora do desempenho na escola, no trabalho e em outras atividades que costumava manter
  - Afastamento da família e de amigos
  - Perda de interesse em atividades de que gostava
  - Descuido com a aparência
  - Perda ou ganho inusitado de peso
  - Mudança no padrão comum de sono
  - Comentários autodepreciativos persistentes
  - Comentários negativos em relação ao futuro, desesperança
  - Disforia marcante (combinação de tristeza, irritabilidade e acessos de raiva)
  - Comentários sobre morte, sobre pessoas que morreram, e interesse por essa temática
  - Doação de pertences que valorizava
  - Expressão clara ou velada de querer morrer ou de pôr fim à vida
- 

A Figura 13, de acordo com Botega (2023) apresenta sugestão sobre o que pode ser feito para a prevenção do suicídio e os setores envolvidos.

**Figura 13***Prevenção do suicídio: o que pode ser feito?*

PRINCIPAIS ÁREAS	O QUE PODE SER FEITO...
VIGILÂNCIA	Aumentar a qualidade e a pronta difusão de dados nacionais sobre suicídios e tentativas de suicídio Identificar grupos e situações de vulnerabilidade
MEIOS LETAIS	Restringir o acesso a meios letais (pesticidas, armas de fogo) Barreiras de proteção em pontes e edifícios públicos
MÍDIA	Diretrizes que favoreçam reportagens sensíveis e ponderadas e de interesse público Serviços de apoio psicológico em buscadores da internet
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	Disponibilidade de serviços e profissionais treinados Aprimoramento dos tratamentos oferecidos Acesso rápido e facilitado na crise suicida Acompanhamento após tentativa de suicídio Assistência a pessoas enlutadas
TREINAMENTO	Aumentar a capacidade de profissionais que estão na linha de frente a detectar e a mapear o risco de suicídio, como professores, policiais, bombeiros, religiosos....

Fonte: Botega, 2023.

Ougrin et al. (2015) numa revisão sistemática sobre as Intervenções Terapêuticas para Tentativas de Suicídio e Automutilação em Adolescentes coloca que os ensaios incluídos nesta meta-análise relataram os efeitos de uma grande variedade de intervenções terapêuticas-TIs cobrindo tratamentos individuais e em grupo: intervenção de resolução de problemas destinada a aumentar o engajamento; tratamento cognitivo-comportamental visando a resolução de

problemas e afetando as habilidades de gerenciamento; terapia familiar domiciliar ministrada por assistentes sociais; psicoterapia de grupo; do desenvolvimento incorporando as técnicas de resolução de problemas e intervenções cognitivo-comportamentais, terapia comportamental dialética e psicoterapia psicodinâmica de grupo; terapia analítica cognitiva individual destinada a prevenir o desenvolvimento de transtorno de personalidade limítrofe; terapia familiar baseada em apego; avaliação terapêutica para automutilação; treinamento em grupo de regulação emocional; emissão de tokens que permitam a readmissão; equipe de apoio aos jovens; a Intervenção Familiar para a Prevenção do Suicídio; terapia cognitivo-comportamental; terapia baseada na mentalização; terapia multissistêmica; e terapia comportamental dialética. O autor coloca, ainda que os resultados deste estudo corroboram o valor das TIs na redução da automutilação como categoria global (incluindo qualquer automutilação), e mostram que quando os efeitos dos TIs são examinados separadamente para tentativas de suicídio e NSSI, os efeitos são mais fracos, com o efeito mais forte para NSSI e um efeito mais fraco para tentativas de suicídio (Ougrin et al., 2015).

Estudo de Bahji et al. (2021) sobre a eficácia comparativa e aceitabilidade de psicoterapias para automutilação e Comportamento Suicida entre Crianças e Adolescentes refere que uma grande variedade de intervenções terapêuticas (TI) estão disponíveis para o tratamento da automutilação em adolescentes. Atualmente, não há dados suficientes para recomendar tratamentos farmacológicos direcionados para automutilação ou comportamento suicida em jovens. No entanto, algumas intervenções não farmacológicas, incluindo psicoterapias, parecem melhorar alguns aspectos do comportamento suicida. Várias meta-análises sintetizaram dados de ensaios clínicos randomizados (ECRs) examinando psicoterapias para automutilação e suicídio em populações jovens. O autor cita Ougrin e cols. e aponta que encontraram os maiores tamanhos de efeito com terapia comportamental dialética (DBT), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia baseada em mentalização (MBT).

Dizem, porém, que não foi encontrado evidências suficientes para recomendar qualquer intervenção específica para reduzir a automutilação. Apontam que a inspeção dos efeitos de estudos individuais sugere que DBT, outros TCCs e MBT podem ser bons candidatos para isso, particularmente como sugerido em outras revisões quando entregues com acompanhamento familiar e um número substancial de sessões de tratamento (Bahji et al. (2021). Cita Kothgassner e colaboradores, o agrupamento de tratamentos psicológicos estava associado a melhorias na automutilação, ideação suicida e sintomas depressivos em comparação com os sintomas ativos. (Bahji et al., 2021)

Konno (2022) aponta que, 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; Konno, 2022).

Segundo Roberto (2019), pensar em novos métodos e políticas públicas como prevenção é também pensar nos gastos que o indivíduo que comete o ato de violência autoprovocada gera no âmbito médico e assistencial. Aponta que pesquisa dirigida pelos Estados Unidos demonstrou que os custos médicos gerados pela violência autoprovocada, lesões não fatais e mortes no ano 2000 alcançaram mais de US \$ 70 bilhões, sendo que a maior parte desse custo (64,4 bilhões) foi pela perda de produtividade, representando 92% dos gastos; os outros cerca de US\$ 5,6 bilhões foram gastos em assistência médica por mais de 2,5 milhões de feridos devido à violência interpessoal (Roberto, 2019).

## CONCLUSÕES

Neste estudo foram analisados 225 prontuários de crianças (a partir de 07 anos) e adolescentes em tratamento nos CAPS Infantis do município de São José do Rio Preto/SP, com violência autoprovocada (tentativa de suicídio e/ou automutilação- com ou sem ideação suicida). As famílias desses jovens estão espalhadas pelas várias regiões (distritos de saúde) do município, principalmente nas Região Céu, Pinheirinho e Bosque. A maioria destes jovens reside somente com a genitora, prevalecendo, portanto, famílias monoparentais.

Não foram identificadas questões relativas à orientação de gênero na identificação dos pacientes, apesar de ser um fator considerado de risco para a violência autoprovocada, assim como o bullying e cyberbullying, que são violências psicológicas que fragilizam as relações interpessoais e a autoestima do jovem. Estas informações aparecem, entretanto, em alguns registros de atendimento, correlacionando-as ao sofrimento psíquico do jovem.

Na amostra estudada, prevaleceram jovens do sexo feminino que praticaram automutilação de forma recorrente através de cortes nos membros, com maior incidência em 2019. Quanto a ideação suicida, prevaleceu na maioria dos casos. Foram identificados, entretanto, divergências de entendimento quanto ao termo entre os profissionais.

Já a principal forma de tentativa de suicídio foi a ingestão de medicamentos em pacientes do sexo feminino. Em 2020 houve um suicídio de adolescente do sexo masculino por enforcamento.

Os principais encaminhadores para o CAPSi foram a Emergência Psiquiátrica e as unidades da atenção primária, além daquelas famílias que comparecem ao CAPS i por “demanda espontânea”.

Um dado que chama a atenção são os índices baixos de notificação por parte de alguns serviços, como a Emergência Psiquiátrica, o maior encaminhador de crianças e adolescentes para os CAPS Infantis. Os casos deveriam ter sido notificados pelos técnicos da emergência

psiquiátrica que atenderam a criança ou adolescente. Sugere-se um treinamento destas equipes para a necessidade da notificação, por se tratar de notificação compulsória em todos os casos de violência autoprovocada.

As escolas (Secretaria da Educação) pouco encaminharam estes jovens que se encontram inseridos no ensino tradicional.

A presença de transtorno mental nos familiares foi prevalente. Os principais transtornos mentais mencionados foram a depressão na mãe/genitora, seguida do uso de drogas ilícitas e alcoolismo pelo pai, e outros familiares que também apresentaram algum tipo de transtorno mental.

Sobre tentativas prévias de suicídio (ou suicídio consumado) na família, houve maior prevalência daqueles que não tem nenhum familiar. No entanto, parcela significativa referiu ter familiares com tentativas prévias de suicídio, sendo a mãe/genitora o familiar com maior prevalência. Houve 17 familiares com suicídio consumado, dentre estes um ocorreu com a genitora.

Mais de 50% destes jovens foram vítimas de violências anteriores, principalmente violência sexual, psicológica, física, sendo o pai (genitor) o principal agressor, seguido pela mãe (genitora). Observou-se também o bullying e o cyberbullying como fatores de risco, dentre outros.

Como referido acima, muitos familiares padecem de sofrimento psíquico e transtornos mentais, necessitando de acolhimento, tratamento e intervenção familiar. O CAPSi oferta estes serviços, porém observou-se que muitos familiares não participam, por razões diversas que fogem do escopo deste estudo.

Os dados indicaram que a maioria dos jovens não usaram álcool ou drogas no período da violência autoprovocada, indicando possíveis outros os como fatores precipitantes para o comportamento suicida. Dentre aqueles que fizeram uso, prevaleceu o uso de álcool e maconha.

Diferentes hipóteses diagnósticas foram identificadas, prevalecendo os transtornos de humor-afetivos, com ou sem comorbidades, seguido dos transtornos da personalidade e transtornos ansiosos.

Considera-se relevante a incidência de crianças e adolescentes que receberam alta médica e da equipe, em razão da gravidade dos casos.

Quanto ao tempo de tratamento, metade dos pacientes continuavam em tratamento após o período final deste estudo. O tempo de tratamento foi em média de 17,4 meses para os pacientes que iniciaram o tratamento antes de 2021, já aqueles que encerraram o tratamento, o principal motivo foi por abandono e alta a pedido, seguido de alta médica e da equipe.

Quanto as limitações deste estudo, destaca-se que os dados foram extraídos de registros de prontuários a partir de relatos dos pacientes e familiares que acompanham a criança ou adolescente, tratando-se de relatos subjetivos.

Este estudo indica a necessidade de treinamento para as diversas equipes sobre a importância e obrigatoriedade da notificação e o encaminhamento.

Como forma de prevenção, indica-se que os setores envolvidos com a criança e adolescente (de forma intersetorial) elaborem estratégias e atividades voltadas para a inteligência socioemocional, e projetos que atendam às necessidades dos jovens e familiares.

Entende-se que este estudo é relevante e traz indicadores importantes sobre a violência autoprovocada em crianças e adolescentes. Apresenta dados que mostram a fragilidade e as necessidades destes jovens e suas famílias, e visa dar subsídios para as políticas públicas voltadas para a saúde mental das crianças e adolescentes do Brasil.

**REFERÊNCIAS**

- Aouidad, A., Cohen, D., Mirkovic, B., Pellerin, H., Garny de La Rivière, S., Consoli, A., Gérardin, P. & Guilé, J. M. (2020). Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 20,525. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02930-4>
- Aggarwal S, Patton G, Reavley N, Sreenivasan SA, Berk M. (2017) Youth self-harm in low- and middle-income countries: Systematic review of the risk and protective factors. *Int J Soc Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764017700175. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28351292.
- Aragão Neto, C. H. (2019). Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida. Brasília, DF, 2019. 171 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37075>.
- Arbuthnott, A. E., & Lewis, S. P. (2015). Parents of youth who self-injure: A review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, Article 35. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0066-3>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed Porto Alegre: Artmed.
- Anistia Internacional (2016). *Anistia Internacional- Informe 2015/2016. O Estado dos Direitos Humanos no Mundo*. Amnesty International Ltd, Peter Benenson House, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Reino Unido. Índice: POL 10/2552/2016. Idioma original: Inglês Tradução: Anistia Internacional Brasil ISBN: 978-0-86210-492-4.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision Dsm-5-tr 5th Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W. & Minayo, M. C. S. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do

Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (9), 2841-2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>

Bahia, C. A., Pinto, I.V., Freitas, M.G.de, Souza, M.F,M.de. (2018). Lesões autoprovocadas na infância e adolescência: um estudo das notificações no Brasil. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38509>

Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J. N., Ortega, I. & Patten S. (2021). Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Network*, 4(4):e216614 Open, 4(4):e216614. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.6614>

Bassette, F. (2017, 20 de abril). O ‘jogo’ da baleia azul e a tragédia de Maria de Fátima. *Revista Veja*. <https://veja.abril.com.br/brasil/garota-morta-em-represa-poe-jogo-do-suicidio-na-miranda-policia>

Batejan, K. L., Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2015). Sexual orientation and non-suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 131–150. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957450>

Beck, A. T., Davis, D. D. & Freeman, A. (2017). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Bolçone, O. J. & Rego, J. C. S. (2022). *Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto*. 37ª. ed. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico, Ciência, Tecnologia e Inovação. <https://www.riopreto.sp.gov.br/wp-content/uploads/arquivos/PortalGOV/planejamento/conjuntura/CONJUNTURA-2022.pdf>

Borges, V.R. & Werlang B.S.G. (2006). *Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos*. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões Instituição Educacional São Judas Tadeu, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Estudos de Psicologia 2006, 11(3), 345-351.

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/7Pjtyv563z97nVQDJZc9GVt/?format=pdf>

Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3):231-236.

<https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>

Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.

Botega, N. J. (2023). *Curso Digital Comportamento Suicida: Avaliação e Manejo*. Artmed, acesso em 2023.

Bottino, S. M. B., Bottino, C. M. C., Regina, C. C., Correia, A. V. L., & Ribeiro, W. S. (2015), Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3):462-475. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036114>

Brás, J. M. do N., Cardoso, S. M. S. B., Santos, S. R. A., Costa, A. M. P., Santos, E. M. C. S., & Santos, P. A. G. B. (2022). Self-harm in children and adolescents: a mini-review: *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 20142-20154. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-187>

Brasil. Ministério da Saúde (2022). *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde (2019). *Boletim Epidemiológico*, 50 (4). *Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovoada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018*. [file:///C:/Users/32311/Downloads/BE-suic--dio-24-final%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/32311/Downloads/BE-suic--dio-24-final%20(1).pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2015). *Saúde Mental em Dados 12*, 10(12):1-48, Brasília: MS. <https://pt.scribd.com/document/446613432/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados#>

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2016). *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brent, D. A. (2006). Practitioner Review: Practitioner Review: The Aftercare of Adolescents with Deliberate Self-harm. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38(3):277-286. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01512.x>
- Bulat, L. R., Sušac, N., & Ajduković, M. (2023). Predicting prolonged non-suicidal self-injury behaviour and suicidal ideations in adolescence - the role of personal and environmental factors. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04404-8>
- Cabral, A. L. L. (2022). *Violência, automutilação e suicídio: desdobramentos psicossociais na adolescência*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Goiás.
- Cais, C. F.S. (2006). *Tentativa de suicídio recorrente: um estudo clínico de indivíduos que tentaram o suicídio ao menos três vezes*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas.
- Cardoso, T. M. (2018). Suicídios na pré-adolescência, adolescência e em adultos jovens: comparação da capital Goiânia com o município de Mineiros. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(3): 499-514. <http://doi.org/10.22278/2318-2660.2018>
- Carter, G, Page, A., Large, M., Hetrick, S. Milner, A. J., Benit, N. & et al. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50 (10), 939-1000. <http://doi.org/10.1177/0004867416661039>
- Carvalho, K. G., Veloso, L. U. P., Ferraz, M. M. M., Monteiro, C. F. de S., Barbosa, N. S., & Lima, A. C. de B. S. (2019). Comportamento suicida em minorias sexuais: prevalência e fatores

associados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(14), e867.

<https://doi.org/10.25248/reas.e867.2019>

CID 10- Transtornos Mentais e Comportamentais. (s.d.). Capítulo 5. [https://cid-](https://cid-10.org/capitulos/5-transtornos-mentais-e-comportamentais)

[10.org/capitulos/5-transtornos-mentais-e-comportamentais](https://cid-10.org/capitulos/5-transtornos-mentais-e-comportamentais)

Cipriano A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review.

*Frontiers in Psychology*, 8(8):1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>

Conover, W.J. (1999). *Practical nonparametric statistics*. New York: John Wiley & Sons.

Corcoran J, Dattalo P, Crowley M, Brown E, Grindle L. (2011) A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents , *Children and Youth Services Review*, 33,

(11), 2112-2118. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.06.017>

Costa, P., Araújo, R. (2022). *Suicídio e redes sociais: Aproximações ao tema no Facebook, Instagram e YouTube. Organizações e Movimentos Periféricos nas Redes Digitais Ibero-Americanas*.

[https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76521/1/Suic%  
c3%addio%20e%20rede%20digitais.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76521/1/Suic%c3%addio%20e%20rede%20digitais.pdf)

Cuthbertson, R. (2012). *Education Act will have strongest anti-bullying legislation in country, minister says*. [https://calgaryherald.com/news/Amanda+Todd+Alberta+brings+tough+](https://calgaryherald.com/news/Amanda+Todd+Alberta+brings+tough+anti+bullying+Education/7394562/story.htm)

[anti+bullying+Education/7394562/story.htm](https://calgaryherald.com/news/Amanda+Todd+Alberta+brings+tough+anti+bullying+Education/7394562/story.htm)

Cubas J.M, Bonamigo V.G, Alvarenga R, Carvalho D.R. (2022) Acesso infantojuvenil à saúde mental: do CAPSi às Conferências de Saúde. *Argumentum*, [S. 1.]. 2022;14(1),211–228.

<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/35313>.

Curso *Bom Manejo Clínico para Adolescentes (GPM-A) com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)*. *Good Psychiatric Management for Adolescents (GPM-A) with Borderline Personality Disorder (BPD)* (2023). Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo (ADRE IPq-HC-FMUSP), Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP São Paulo (SP).

Cyberbullying Research Center (2023). *Cyber bullying*. <http://www.cyberbullying.us/>

De, Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., M. Kerkhof, A. J. F. M. & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1),4-15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>

Durkheim, E. (1996). *O suicídio: estudo sociológico*. Porto: Presença. <https://www.paho.org/pt>

Family Lives (2023). Bullycide cases of children and young people who have lost their life or committed suicide because of bullying at school. Bullyonline.org: <http://www.bullyonline.org/schoolbully/cases.htm>

Favazza A. R., Rosenthal R. J. (1993). Diagnostic issue in self-mutilation. *Hosp. Commun. Psychiatry* 44, 134–139. 10.1176/ps.44.2.134 - [DOI](#) - [PubMed](#)

Favazza A. R. (1996). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd Edn. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Figueira, M. de P., Okada, L. M., Leite, T. H., Azeredo, C. M., & Marques, E. S.. (2022). Associação entre supervisão parental, vitimização e perpetração de *bullying* em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 31(1), e2021778. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100025>

Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., & Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>

- Gomes, C. F. M., & Silva, D. A. da. (2020). Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida em estudantes universitários. *Research, Society and Development*, 9(5), e38953106. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3106>
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the Media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 200-221.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- He H, Hong L, Jin W, Xu Y, Kang W, Liu J, Song J, Zheng T, Chen H, Zhao K. (2023). Heterogeneity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depression: latent class analysis. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/s12888-023-04808-7. PMID: 37127584; PMCID: PMC10152699.
- Hetrick S.E, Subasinghe A, Anglin K, Hart L, Morgan A, Robinson J. (2020). Understanding the Needs of Young People Who Engage in Self-Harm: A Qualitative Investigation. *Front Psychol*. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02916. PMID: 31998182; PMCID: PMC6968776.
- Hootsuite (2019). Digital 2019. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2019-portugal>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] - Cidades e Estados. (2019) *População estimada*. Rio de Janeiro: Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go.html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2023). *Censo 2022. Panorama*. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP São Paulo (2023). *Curso Bom Manejo Clínico para Adolescentes (GPM-A) com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)*. Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções do Instituto de

Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ADRE IPq-HC-FMUSP), São Paulo, SP.

Jacobson, C. M. & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>

Jang, H., Lee, W., Kim, Yo. *et al.* (2022). Suicide rate and social environment characteristics in South Korea: the roles of socioeconomic, demographic, urbanicity, general health behaviors, and other environmental factors on suicide rate. *BMC Public Health* 22, 410. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12843-4>

Junior, I. F., Lima, M. A. (2017). Suicídio e o jogo da Baleia Azul analisados na perspectiva de Anomia de Émile Durkheim, *Revista de Sociologia, Antropologia e Cultura Jurídica* 3 (1), 121 – 136. <https://indexlaw.org/index.php/culturajuridica/article/view/1836>

Konno, T.Y. (2022). *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, São José do Rio Preto, SP.

Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore. *Psychological Medicine*, 31(7):1181-91.

Lei Complementar nº 1.359, de 24 de agosto 2021. (Alesp- Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo)

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/2021/lei.complementar-1359-24.08.2021.htm>

Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)

Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. (2019). Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm)

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990), que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)

Lei nº 14715 de 30 de outubro de 2023. (2023). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações. D.O.U de 31/10/2023, pág. nº 7

Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., & Abelha L. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (supl.2) [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000600007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007)

Marktest (2019). Os portugueses e as redes sociais 2019. Disponível em: [https://www.marktest.com/wap/private/images/Logos/Folheto\\_Portugueses\\_Redes\\_Sociais\\_2019.pdf](https://www.marktest.com/wap/private/images/Logos/Folheto_Portugueses_Redes_Sociais_2019.pdf)

Mayo Clinic (2023). Self-injury/cutting. Symptoms and causes. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/self-injury/symptoms-causes/syc-20350950>

Menninger K. (1938). *Man Against Himself*. New York, NY. Harcourt and Brace.

Minayo, M. C., Souza, E. R. (2005). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Suicídio: violência auto-infligida. Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)

Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público (2014). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)

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 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). 75

Ministério da Saúde. (2023). *Acidentes e violência interpessoal. Notificação*. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal>

Moreira, E. S.; Vale, Mendonça R. R.; Caixeta, C. C.; Teixeira, R. A. G. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura, *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(10): 3945-3954, <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.31362018>

Moreira, L. C. O. & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19 (3). <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>

Morthorst, B., Rubæk, L., Lindschou, J., Jakobsen, J. C., Gluud, C., Bjureberg, J., Hellner, C., Møhl, B., & Pagsberg, A. K. (2021). An internet-based emotion regulation intervention versus no intervention for nonsuicidal self-injury in adolescents: study protocol for a feasibility trial. *Pilot Feasibility Studies*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00785-4>

Moura, B. R. A. (2018). Atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos.

Moura, B. R. (2022). *Fazendo História: Os Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenis III da Cidade de São Paulo*. (Tese de doutorado). Programa de PósGraduação em Terapia

Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos.

Myklestad, I., & Straiton, M. (2021). The relationship between self-harm and bullying behaviour: results from a population based study of adolescents. *BMC public health*, 21(1), 524. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10555-9>

Neil, M. & Tim, F. (2001). *Bullycide: morte na hora do recreio* Editora Sucesso Sem Limites.

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A. et al. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, 197, 234–243. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074633>

O'Reilly, L. M., Pettersson, E., Quinn, P. D., Klonsky, E. D., Baldwin, J. R., Lundström, S., Larsson, H., Lichtenstein, P., & D'Onofrio, B. M. (2021). A Co-Twin Control Study of the Association Between Bullying Victimization and Self-Harm and Suicide Attempt in Adolescence. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(2), 272–279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.018>

Orellana, J. D. Y et al. (2020). Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00154319.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organização Panamericana de Saúde (2023). *Política para melhorar a saúde mental*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57235>

Ougrin D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. R. (2012). Practitioner review: Self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 337-50. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x>

- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Relações entre violência, clima familiar e transtornos mentais na adolescência. *Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(1), 101-122. <https://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110109>
- Pan American Health Organization (2014). *Self-inflicted youth violence in Latin America and the English-speaking Caribbean*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53928/selfinflicted\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53928/selfinflicted_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pao P. (1969). *The syndrome of delicate self cutting*. *Br. J. Med. Psychol.* 42, 213–221. 10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x - [DOI](#) - [PubMed](#)
- Parnes, C. (2021). Monoparentalidade feminina em foco. *Secretaria de Desenvolvimento Social do Governo do Estado de São Paulo. Do Portal do Governo* <https://www.saopaulo.sp.gov.br/artigos/monoparentalidade-feminina-em-foco/>
- Pattison E. M., Kahan J. (1983). *The deliberate self-harm syndrome*. *Am. J. Psychiatry* 140, 867–872. 10.1176/ajp.140.7.867 - [DOI](#) - [PubMed](#)
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm : a systematic review of the literature.. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 115(3), 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>

- Pinheiro, L. (2009). *Cyberbullying em Portugal: uma perspetiva sociológica* (tese de doutoramento). Braga: Universidade do Minho.
- Pirkis JE, Burgess PM, Francis C, Blood RW, Jolley DJ. (2006) The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2874–86.
- Pirkis, J. (2009). Suicide and the Media. *Psychiatry*, 8(7), 269-271.  
<https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.04.009>.
- Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. (2011). *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. (2014). *Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências*.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)
- Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. (2002). *Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Propmark, (2019). CVV e Facebook lançam bot para auxiliar na prevenção de suicídio. Disponível em: <https://propmark.com.br/digital/cvv-e-facebook-lancam-bot-para-auxiliar-na-prevencao-de-suicidio/>
- República Federativa do Brasil. Sinam - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (s.d). *Ficha de Notificação Individual*. [http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia\\_v5.pdf](http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf)

- Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde (2011). *Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Porto Alegre: CORAG.
- Roberto, M.L.T. (2019). *Caracterização do perfil do Indivíduo em caso de Violência Autoprovocada*. (dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP- São José do Rio Preto.
- Romo, M. L. & Kelvin, E. A. (2016). Impact of bullying victimization on suicide and negative health behaviors among adolescents in Latin America. *Pan American Journal of Public Health* 40(5), 347–55.
- Ross S., Heath N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J. Youth Adolesc.* 31, 67–77. 10.1023/A:1014089117419 - [DOI Pubmed](#)
- Santos, V. & Fernández, A. (2014). Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 14(4), 319-329. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000400002>
- Secretaria Municipal da Saúde de São José do Rio Preto (2023). *Violência*. <https://public.tableau.com/profile/secretaria.municipal.de.sa.de8655#!/vizhome/Violncia/VIOLENCIA>
- Secretaria Municipal da Saúde de São José do Rio Preto (2022). *Violência*. [https://drive.google.com/file/d/1DOWrMQdZIY-El\\_Dz-y28pDAgrlqZiTUq/view](https://drive.google.com/file/d/1DOWrMQdZIY-El_Dz-y28pDAgrlqZiTUq/view)
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., Poci, B., Fiorillo, A., Pompili, M., Flouri, E., & Amore, M. (2017). The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 149. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>
- Sgobbi, F. M., Bernardo, H. N. S. A., Seba, M. C. C., Silva, N. O. da, Gabriel, J. C., Rapozero, A. L. D., Aguiar, L. S. de, Miziara, I. D., & Miziara, C. S. M. G. (2022). Lesão autoprovocada em

crianças e adolescentes durante a pandemia da COVID-19: análise epidemiológica. *Saúde Ética & Justiça*, 27(2), 60-66. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v27i2p60-66>

Shneidman, E.S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous Mental Disease*, 181(3), 145-147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>

Silva, A. N., Marques, E. S., Peres, M. F. T., & Azeredo, C. M. (2019). Tendência de *bullying* verbal, violência doméstica e envolvimento em brigas com armas entre adolescentes das capitais brasileiras de 2009 a 2015. *Cadernos De Saúde Pública*, 35(11), e00195118. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195118>

Silva, A. C., Miasso, A. I., Araújo, A., Barroso, T. M. M. D. A., Santos, J. C. P., & Vedana, K. G. G. (2022). Prevenção da autolesão não suicida: Construção e validação de material educativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30 (esp), e3736.

Silva, D. A. & Marcolan, J. F. (2021). Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(4), e-181793. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.181793>

Silva, J. F., Cid, M. F. B., & Matsukura, T.S. (2018). Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26 (2), 329–343. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1081>

Silva, T. O. & Silva, L. T. G. (2017). Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. *Revista Psicopedagogia*, 34(103), 8797. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010384862017000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862017000100009&lng=pt&tlng=pt)

Stanley, B. et al. (2002) Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158 (3), 427-32. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.427>

Tantam D., Whittaker J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *Br. J. Psychiatry* 161, 451–464. 10.1192/bjp.161.4.451 - [DOI](#) - [PubMed](#)

- Taylor, P. J., Jomarb, K., Dhingrac, K., Forresterb, R., Shahmalakb, U., & Dickson, J. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759-769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Teodoro M.D.A. (2020). Coordenadora Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD. Departamento Ações Programáticas e Estratégicas – DAPES. Secretaria de Atenção Primária em Saúde – SAPS
- Tripković, M., Bakija, I., Sindik, J., Marlais, M., & Zečević, I. (2017). Family Financial Situation, Parental Marital Status and Self-Harm amongst Adolescents in Croatia. *Acta Clinica Croatica*, 56(3), 469–477. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.03.14>
- Universidade Aberta do SUS [UNA-SUS] (2020). Curso Prevenção ao Suicídio. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46264>
- United States Government (2023). Stop Bullying. <https://www.stopbullying.gov/bullying/effects>
- Vechiatto, L., Alves, A. M. P. (2019). A saúde mental infanto-juvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa. *Emancipação*, 19 (1), 1–17. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.19.0003>
- Vidor, A., et al. (2017). Perfil Epidemiológico da Violência em Florianópolis - Óbitos por agressão e suicídio. *Boletim Epidemiológico n° 02*, Florianópolis. t
- Victor SE, Muehlenkamp JJ, Hayes NA, Lengel GJ, Styer DM, & Washburn JJ. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Compr Psychiatry*. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.01.009. Epub 2018 Feb 4. Erratum in: *Compr Psychiatry*. 2018 Oct;86:143. PMID: 29407359; PMCID: PMC5845831.
- WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37958/9241544228\\_eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y)

- WHO (1996). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615>
- WHO (2002). *The World health report : 2002 : Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2013). *World health statistics 2013*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014). *Global status report on violence prevention*. Geneva: World Health Organization  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- WHO (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- WHO (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO (2023). *World health statistics 2023: monitoring health for the Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.
- Witt, K. G. et al. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>
- Xu, J., Liu, N., Polemiti, E. et al. (2023). Effects of urban living environments on mental health in adults. *Nature Medicine*, 29, 1456–1467. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02365-w>
- Yaqub U., Chun S.A, Atluri V., & Vaidya J. (2017). Analysis of political discourse on twitter in the context of the 2016 US presidential elections. *Government Information Quarterly*. Volume 34, Issue 4, December 2017, Pages 613-626
- Yasui S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## APÊNDICE

### Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados

#### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

(Este instrumento de coleta de dados será utilizado apenas para obtenção de informações documentais retrospectivas, cumprindo todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS N° 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados).

O problema a ser pesquisado é: - **“O perfil de pacientes de CAPS Infantis de São José do Rio Preto com Violência Autoprovocada”**.

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Nome do CAPSi: \_\_\_\_\_  
(Sem identificar nome, apenas para controle dos dados)

Data do acolhimento inicial no CAPS: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Houve reacolhimento em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**IDADE** (quando aconteceu a V.A.) \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**SEXO:** ( ) Feminino ( ) Masculino

#### **ESCOLARIDADE:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fundamental I - 1° ao 5°   | <input type="checkbox"/> Fundamental II - 6° ao 9° |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto    | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo     |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto | <input type="checkbox"/> Não estuda                |

**RELIGIÃO DA FAMÍLIA:** \_\_\_\_\_ ou ( ) Não informada

**RESIDÊNCIA:**

Bairro onde mora: \_\_\_\_\_ Região (UBS): \_\_\_\_\_

**Mora com:**

- os pais                       mãe                       pai  
 mãe + companheiro       pai + companheira       irmãos  
 acolhimento institucional    outros familiares

quem \_\_\_\_\_

**II - ÓRGÃO ENCAMINHADOR PARA O CAPS:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea              | <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar                  |
| <input type="checkbox"/> Emergência Psiquiátrica-HABM    | <input type="checkbox"/> Saúde - Atenção Básica            |
| <input type="checkbox"/> Saúde - Unidade Especializada   | <input type="checkbox"/> Hospital Geral                    |
| <input type="checkbox"/> Escola- Secretaria da Educação  | <input type="checkbox"/> SEMAS - Secretaria da Assistência |
| <input type="checkbox"/> Serviço de acolhimento-Casa Lar | <input type="checkbox"/> Poder Judiciário                  |
| <input type="checkbox"/> Vigilância Epidemiológica       | <input type="checkbox"/> Outros                            |

**III – ANTECEDENTES FAMILIARES**

Presença de transtorno mental na família:  Não               Não informado       Sim,

quem: \_\_\_\_\_,

tipo de transtorno mental: \_\_\_\_\_

Caso de violência autoprovocada na família:  Não               Não informado       Sim,

(parentesco): \_\_\_\_\_, como: \_\_\_\_\_

**IV) AVALIAÇÃO E DESFECHO**

Auto Lesão (automutilação):  Não               Sim, quantas vezes aconteceu: \_\_\_\_\_

A auto lesão / automutilação aconteceu em:  2019               2020               2021

Forma da automutilação: \_\_\_\_\_

Tentativa de suicídio:  Não               Sim

A tentativa de suicídio aconteceu em: ( ) 2019 ( ) 2020 ( ) 2021

Quantas vezes aconteceu: \_\_\_\_\_

Método utilizado na tentativa de suicídio: \_\_\_\_\_

Apresenta ideação suicida: ( ) Não ( ) Sim

Houve notificação da violência autoprovocada: ( ) Não ( ) Sim

Quem notificou: \_\_\_\_\_

Foi vítima de outras formas de violências anteriores:

( ) Sexual ( ) Física ( ) Psicológica

( ) Negligência/Abandono ( ) Outra violência

Parentesco com o agressor: ( ) Não ( ) Sim, quem: \_\_\_\_\_

Hipótese diagnóstica (CID) após primeira consulta médica: \_\_\_\_\_

Fazia uso de drogas na ocasião da violência autoprovocada: ( ) Não ( ) Sim,

Qual: \_\_\_\_\_

Encerrou o tratamento no CAPSi até dezembro/2021: ( ) Não ( ) Sim

Motivo: \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Observações do pesquisador após a coleta de dados:**

(não faz parte do instrumento de coleta de dados)

Principal Fator de risco:

\_\_\_\_\_

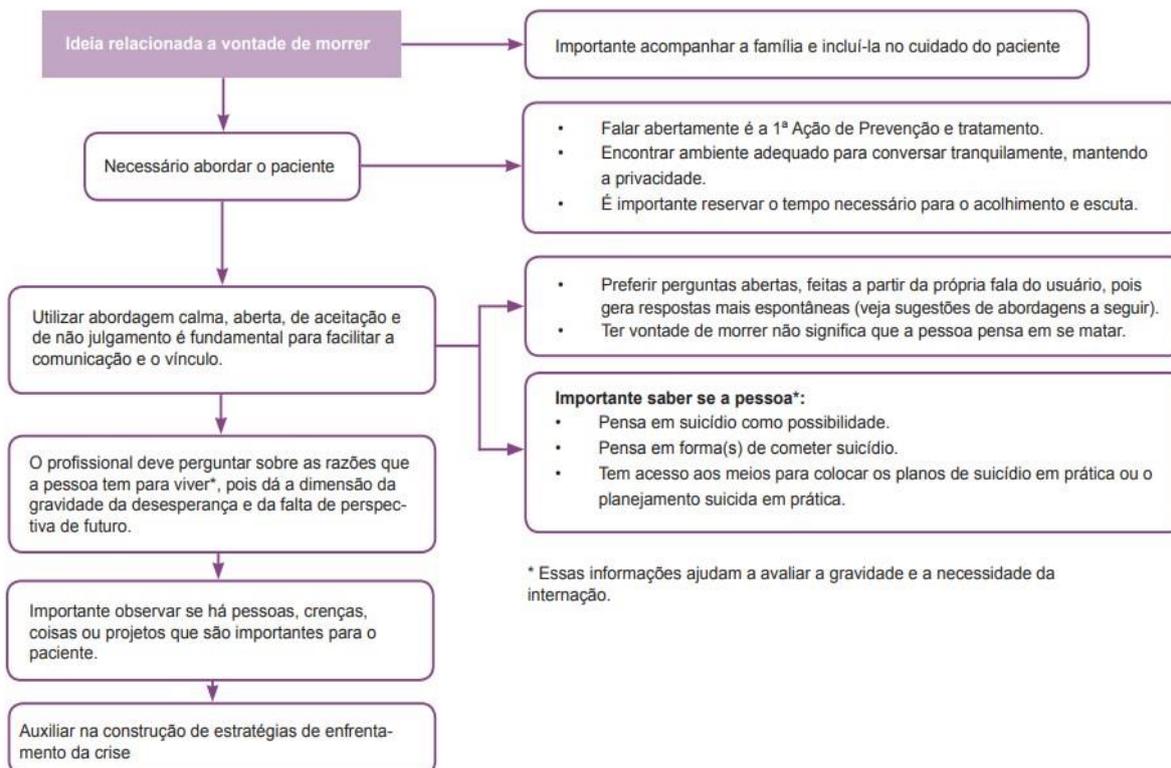
Principal fator de proteção:

\_\_\_\_\_

## ANEXOS

## Anexo A - Abordagem de Risco de Suicídio

## ABORDAGEM DE RISCO DE SUICÍDIO



Fonte: Konno, 2022

**Anexo B - Manejo de Segurança: Dez princípios básicos**

<b>MANEJO DE SEGURANÇA: DEZ PRINCÍPIOS BÁSICOS</b>	
1.	✓ Expresse preocupação- não ignore ou deprecie
2.	✓ Avalie o risco- diferencie uma ideação não letal de uma verdadeira ideação suicida
3.	✓ Desenvolva um plano de segurança
4.	✓ Pergunte o que o paciente acredita que pode ajudar- promova senso de autodeterminação
5.	✓ Internar com relutância
6.	✓ Esclareça precipitantes (análise em cadeia) - assuma estressores interpessoais, perda de suporte
7.	✓ Seja claro quanto aos seus limites – não seja onisciente ou onipotente
8.	✓ Explore o significado no contexto de tratamento – esta terapia é efetiva? Autolesões e comportamentos suicidas estão diminuindo?
9.	✓ Discuta com colegas – consultoria ou supervisão (“Não se preocupe sozinho”).
10.	✓ Envolver a família em questões de segurança (ex: plano de segurança, habilidades, redução de acesso a meios letais).

Fonte: Curso *Bom Manejo Clínico para Adolescentes (GPM-A) com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)* Good Psychiatric Management for Adolescents (GPM-A) with Borderline Personality Disorder (BPD) (2023).