

HOSPITAL BRUNO BORN
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

Caroline Fredi Almeida

PRÁTICA DE CONDUTAS AUTOLESIVAS POR
ADOLESCENTES DE ESCOLAS MUNICIPAIS EM LAJEADO-RS

Lajeado - RS

2018

Caroline Fredi Almeida

**PRÁTICA DE CONDUTAS AUTOLESIVAS POR CORTES OU
PEQUENOS CORTES NA PELE ASSOCIADO A TENTATIVA DE
SUICÍDIO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS MUNICIPAIS EM
LAJEADO-RS**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para
conclusão do Programa de Residência Médica em
Psiquiatria do Hospital Bruno Born.

Orientador: Maria Rosa Kramer Iorra Camargo

Coorientador: Débora Spenassato

Lajeado, 2018.

“Onde há vontade, não falta caminho”

J. R. R. TOLKIEN

SUMÁRIO

1 Introdução.....	5
2 Desenvolvimento.....	7
3 Metodologia.....	13
3.1 Questionário.....	14
3.2 Delimitação do Local.....	15
3.3 Público Alvo.....	15
3.4 Coleta de Dados.....	17
3.5 Aspectos Éticos.....	17
3.6 Amostra.....	18
3.7 Análise Estatística.....	19
4 Resultados.....	20
5 Discussão.....	29
6 Conclusão.....	33
Referência bibliográfica.....	34
ANEXOS.....	37

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução humana, o impulso inato para autopreservação vem sendo estudado por muitos cientistas há anos. Com o intuito de preservar a própria sobrevivência, o comportamento autolesivo se apresenta contra esse princípio.

A adolescência é vista como um período de alterações físicas, biológicas e psicossociais que são fortemente influenciadas pelas interações do adolescente, seja com outros ou com diferentes contextos e situações. Inicia-se com as mudanças físicas e de temperamento e termina com a formação de valores e da identidade. Tantas mudanças requerem um nível de adaptação que muitas vezes o adolescente não possui, tornando-o vulnerável a se engajar em comportamentos de risco (Sapienza & Pedromônico, 2005). Esta vulnerabilidade pode ser associada a desenvolvimentos específicos em regiões corticais na puberdade.

Historicamente, a primeira vez que atos autolesivos foram relatados, aparecem na bíblia histórica, de um homem possuído por um demônio que estava "gritando e se cortando com pedras" e posteriormente foi curado por Jesus via exorcismo. Outras condutas de autolesão apareceram em descrições de casos clínicos, relatos antropológicos, no campo artístico e fontes literárias ao longo dos anos (Favazza 1996; Favazza 2009).

O interesse pelo assunto, principalmente em adolescentes, vem crescendo gradativamente nos últimos anos. Isso atribui-se aos significativos problemas psicológicos e físicos que lhe são causados, bem como a angústia gerada em familiares e amigos. O aumento pela dedicação as condutas autolesivas se dá parcialmente em resposta à atenção da mídia para este comportamento e ao aumento do índice de suicídio nessa faixa etária.

Um dos obstáculos ao estudo dos comportamentos autolesivos é a heterogeneidade da terminologia na literatura, pois há diversos termos utilizados como sinônimos de conduta autolesiva: automutilação não suicida (NSSI), autoinjúria, autodano, automutilação, autolesão, cutting, caving, parassuicídio, comportamento autolesivo sem intenção suicida, comportamento suicidário (Guerreiro & Sampaio, 2013). A distinção entre estes termos torna-se fundamental na medida, em que o auto-dano (que não é suicida) e a tentativa de suicídio, podem co-ocorrer (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009; Nock, 2006; Jacobson & Gould, 2007), podendo assim observar-se a existência destes dois comportamentos sobrepostos. (Cardoso, G. T. 2015). A denominação predominante, neste presente trabalho, será condutas autolesivas/ automutilação não suicida (NSSI).

A Sociedade Internacional de Estudo da Auto-lesão define “auto-lesão não-suicida” como a destruição deliberada, direta e auto infligida de tecido corporal, resultando em danos teciduais imediatos, para fins não socialmente sancionados e sem intenção suicida. "Não socialmente sancionada" é importante porque implica que comportamentos como tatuagens e piercings não são tecnicamente considerados auto-lesões não suicidas. Há uma intenção de causar dano a si mesmo, seja ele em qualquer grau de severidade (Nock, 2010). A Autolesão, por definição, é um conjunto de comportamentos realizados sem intenção suicida, embora possa estar relacionado a comportamentos suicidas de algumas maneiras importantes (Sociedade Internacional para o estudo da auto-lesão, 2007).

O Objetivo do presente trabalho é analisar as condutas dos estudantes que tentaram suicídio e os motivos que levaram a isso, o tempo planejando e a intensidade da dor de acordo com o sexo, e especificamente a relação entre a conduta de realizar cortes na pele com a tentativa de suicídio.

2 DESENVOLVIMENTO

Um dos primeiros estudos a respeito da autoagressão em crianças e adolescentes: CASE - Child & Adolescent Self-harm in Europe (Madge et al., 2008), realiza uma investigação colaborativa em escolas de sete países, seis da Europa e Austrália, sobre auto-mutilação. As idades que compreendiam o estudo variavam entre 14 e 17 anos. Foi encontrada uma alta prevalência de auto-dano, sendo que 13.5% eram mulheres. Entre os métodos mais utilizados entre os jovens encontra-se auto-corte. (CASE). Segundo estudos, episódios únicos frequentemente levam à repetição (Hawton, Fagg, Simkin, Bale e Bond, 2000) e a auto-mutilação pode ser um precursor do suicídio completo. (Sakinofsky, 2000; Owens, Horrocks, & House, 2002) (CASE).

A conduta autolesiva é o fator de risco com maior associação ao suicídio propriamente dito (Greer & Bagley, 1971 cit. in NHS, 1998). O que levou à introdução desta nova entidade nosológica no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-V) tendo a designação de *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI – comportamentos autolesivos sem intenção suicida).

Em uma investigação com 6020 alunos, entre os 15 e os 16 anos, de escolas da Inglaterra, 398 (6,9%) participantes relataram um ato de automutilação no ano anterior à recolha dos dados do estudo, sendo que destes, apenas 12,6% recorreram ao hospital (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002). No ano seguinte ao episódio, a probabilidade do suicídio acontecer é cem vezes maior do que na população em geral (Greer & Bagley, 1971 cit. in NHS, 1998)(Cardoso, G. T. 2015).

Segundo Bennewith, Stocks, Gunnell, Peters, Evans e Sharp (2002) 15 a 23% dos indivíduos repetirão a auto-lesão dentro de um ano após o primeiro episódio, e 3 a 5% acabarão por cometer suicídio consumado dentro de 5 a 10 anos. Parece haver um *continuum* do comportamento autolesivo (não suicida) para a tentativa de suicido e o suicídio em si (Cardoso, G. T. 2015).

A teoria de Joiner (2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, LloydRichardson & Prinstein, 2006) acerca dos comportamentos auto-destrutivos tentou explicar o porquê de pessoas com auto-dano (não suicida) estarem em alto risco de tentar o suicídio. Este autor refere que, inicialmente, a pessoa não sente capacidade de se envolver em tentativas de suicídio, vendo o suicídio como algo aterrador e extremo. Mas, à medida que o indivíduo tem comportamentos repetidos de auto-dano (não suicida), que funcionam como um reforço crescente, sente-se mais capaz de tal comportamento. Joiner sugere que a pessoa, devido à repetição do auto-dano (não suicida), se habitua à dor e ao medo, sentindo-se cada vez mais capaz de tais comportamentos auto-lesivos. Esta teoria, veio permitir uma melhor compreensão do porquê de algumas pessoas que se envolvem no auto-dano, avançarem para a intenção de morrer e outras não (Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

Similarmente, pode acontecer que o suicídio seja o resultado não intencional do autodano (Mangnall & Yurkovich, 2008). De acordo com Mangnall e Yurkovich, (2008), o auto-dano deliberado não é inerentemente suicida na sua natureza, ou seja, não tem um desfecho fatal, se o tivesse a sua denominação seria suicídio. Contudo, continua a haver associação entre estes dois atos tão diferentes. Por isso, convém clarificar. O auto-dano deliberado e o suicídio são dois atos diferentes (Suyemoto, 1998). É fundamental desenvolver esforços no sentido de avaliar a intenção suicida

dos atos, de forma a diferenciar os comportamentos de auto-dano dos comportamentos suicidas (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

Têm sido vários os trabalhos que formulam explicações teóricas enfatizando a diátese do stress, relacionando particularmente vulnerabilidades biológicas (ex. desequilíbrio da serotonina), cognitivas (ex. dificuldade na resolução de problemas sociais) e da personalidade (ex. perfeccionismo, impulsividade) que, em combinação com a exposição a eventos negativos da vida e transtornos psiquiátricos, podem grandemente aumentar o risco de comportamentos autodestrutivos ao longo de toda a vida (Evans E, Hawton K, Rodham K. 2004).

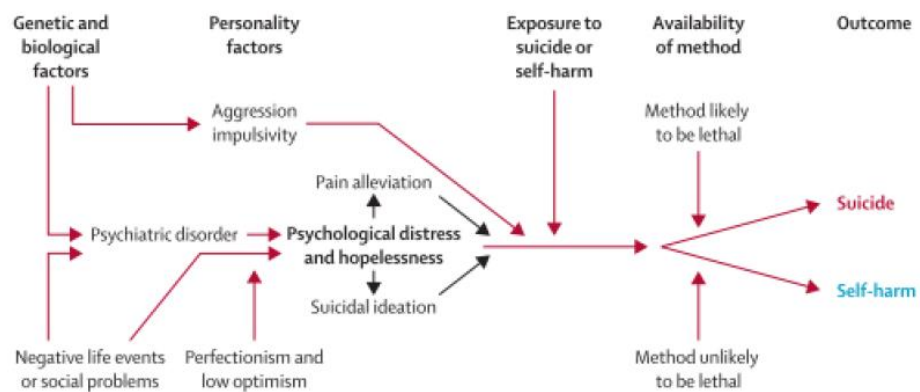


Figura 4 – Principais fatores de risco para comportamentos autolesivos e suicidários na adolescência⁶

(Hawton K, 2012)

Panel 1: Risk factors for self-harm and suicide in adolescents

Sociodemographic and educational factors

- Sex (female for self-harm and male for suicide)—most countries*
- Low socioeconomic status*
- Lesbian, gay, bisexual, or transgender sexual orientation
- Restricted educational achievement*

Individual negative life events and family adversity

- Parental separation or divorce*
- Parental death*
- Adverse childhood experiences*
- History of physical or sexual abuse
- Parental mental disorder*
- Family history of suicidal behaviour*
- Marital or family discord
- Bullying
- Interpersonal difficulties*

Psychiatric and psychological factors

- Mental disorder*, especially depression, anxiety, attention deficit hyperactivity disorder
- Drug and alcohol misuse*
- Impulsivity
- Low self-esteem
- Poor social problem-solving
- Perfectionism
- Hopelessness*

All the factors in the panel have been shown to be related to self-harm. *Shown to be related to suicide.

(Hawton K, 2012)

Já entre os fatores precipitantes ou motivacionais pode se encontrar a acumulação de tensão e ansiedade, hostilidade, impulsividade, sentimentos de despersonalização e história de trauma na infância (Mangnall & Yurkovich, 2008). Além de sentimentos de raiva de si mesmo ou de outros, desvio do foco de atenção da dor emocional para a dor física e desejo inconsciente de morrer (RYAN, 2008; KAPLAN, 1997).

Outro autor, refere-se à “auto-mutilação impulsiva”, como um ato em que o sujeito perante “uma situação de tensão, conflito ou frustração” ou após um aglomerar de angústia e agitação, exterioriza uma descarga motora, através de comportamentos de auto-dano, fazendo, assim, um uso impróprio dos impulsos agressivos (Duque & Neves, 2004).

Também outros estudos sugerem que a maioria das pessoas que se envolvem em comportamentos de auto-dano, o fazem como forma de regulação emocional ou comunicação social, contudo, alguns estudos

questionam-se acerca do porquê de alguns indivíduos escolherem o auto-dano para esse fim, enquanto outros indivíduos escolhem comportamentos similares, como é exemplo o álcool, as drogas, para o mesmo fim. (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007)

Enquanto, a automutilação sem intenção suicida e os comportamentos suicidas são fenomenologicamente distintos, há um grau de sobreposição observado, e uma história de automutilação não suicida continua a ser um dos maiores preditores de posteriormente haver um comportamento suicida. (Boxer P (2010) (Sinclair JMA, Hawton K, Gray A (2010) (Tanner, A. K., Hasking, P., Martin, G. (2015).

Nock e Prinstein (2004), numa abordagem funcional, classificam e tratam os comportamentos de auto-lesão de acordo com o processo funcional que os produz e os mantém. Estes autores propuseram e avaliaram um modelo de funções do auto-dano que, segundo eles, se pode dividir em funções de reforço automático e de reforço social. (Nock, M.K. & Prinstein, M.J. (2004).

Já a Teoria do Comportamento Problemático, (Jessor R, Jessor SL 1979) descreve a tendência para comportamento auto-lesivo e a ocorrência com outros comportamentos, como por exemplo uso de álcool. Dados de automutilação sem intenção suicida (uma manifestação da psicopatologia internalizante) (Hilt LM, Nock MN, Lloyd-Richards EE, Prinstein MJ (2008) é um fator de risco à tendência suicida. Adolescentes que se auto-lesionam e se envolvem em outros comportamentos problemáticos representam um subgrupo com alto risco de suicídio. (Muehlenkamp J, Peat C, Claes L, Smits D (2012)

Apesar dos esforços crescentes dos pesquisadores nos últimos anos, para identificar os fatores de risco, que diferenciam indivíduos que se envolvem em NSSI, de indivíduos que se envolvem em comportamentos

suicidas, pouca atenção tem sido dada ao motivo pelo qual NSSI e comportamentos suicidas podem estar ligados. Do ponto de vista teórico, é importante considerar por que o NSSI pode aumentar o risco de comportamentos suicidas para alguns indivíduos, e ainda não para outros.

Em outros dois estudos, Whitlock e Knox (2007), descobriram que a ligação entre a frequência de NSSI e comportamento suicida era curvilínea, de tal forma que a frequência de NSSI era preditiva da frequência de tentativas de suicídio feitas por um indivíduo, mas apenas até cerca de 50 NSSI incidentes, após os quais a associação diminuiu (Whitlock & Knox, 2007). Joiner (2005) afirmou que, uma vez que um indivíduo atinja a capacidade adquirida de suicídio por meio da habituação ao medo e à dor, é provável que um indivíduo esteja sempre em maior risco de suicídio. Talvez então, a frequência de NSSI seja apenas preditiva de tentativas de suicídio, na medida em que aumenta a capacidade adquirida de suicídio, mas uma vez estabelecida essa capacidade, a subsequente frequência de NSSI não é um preditor de comportamento suicida tão forte quanto a capacidade adquirida de suicídio.

Embora, cada uma das diversas teorias descritas ofereçam diferentes explicações porque o NSSI e os comportamentos suicidas podem estar ligados, pesquisas existentes sobre o assunto não apoiam uma teoria mais que as outras. Pode ser que todas as teorias sejam relevante para entender a ligação entre tais comportamentos, mas os pesquisadores ainda não testaram hipóteses concorrentes sobre o porquê NSSI e comportamento suicida podem estar associados. (Chloe A. Hamza, Shannon L. Stewart, Teena Willoughby., 2012).

Pouco se sabe ainda acerca das causas e tratamento do auto-dano deliberado, e menos ainda se sabe acerca desse comportamento perturbador

do ponto de vista daqueles que estão envolvidos no mesmo (Mangnall & Yurkovich, 2008).

De modo geral, lidar com indivíduos que autolesionam-se muitas vezes significa um desafio para profissionais de saúde mental. Dadas as consequências do comportamento, físicas e psicológicas tanto para os indivíduos quanto para familiares e pessoas próximas. A identificação dos indivíduos que possuem condutas autolesivas torna-se essencial para uma melhor abordagem terapêutica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto realizado pelas residentes do serviço de Psiquiatria do Hospital Bruno Born (HBB), durante estágio, no ambulatório de Atendimento aos Transtornos de Aprendizado (ATA), de cunho transversal, para análise do perfil de ocorrência de condutas autolesivas, entre jovens do ensino fundamental do município de Lajeado/RS.

3.1 Questionário:

ESCALA DE COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO – FASM

(Anexo 1)

A FASM foi criada para investigar as formas, os meios utilizados, frequência e razões da automutilação. A escala aborda a ocorrência de 11 diferentes tipos de automutilação durante o último ano e, nos casos afirmativos, sua frequência.

Investiga se algum tratamento médico foi aplicado, o que é considerado como um indicador da gravidade da lesão.

Comportamentos específicos incluídos: cortar/escoriar, queimar, autotatuagem, arranhar a pele até sangrar, esfolar ou raspar a pele até sangrar, bater em si mesmo propositalmente, arrancar cabelos, morder-se, inserir objetos sob a unha ou pele, provocar ferimentos/hematomas se beliscando e beliscar a pele até sangrar. Também avalia se quaisquer dos tipos de automutilação foram tentativas de suicídio; o tempo gasto entre pensar e se mutilar; a idade em que praticaram a primeira automutilação; se a automutilação ocorreu sob influência de alguma droga ou álcool. Bem como a intensidade da dor durante a automutilação, classificada numa escala de quatro níveis desde “sem dor” até “dor intensa”.

Os aspectos motivadores da automutilação são avaliados por meio de uma lista de 23 itens classificados em escala de quatro níveis, variando de “nunca” a “frequentemente”. Ainda pode ser colocado outros motivos pelos respondentes que não foram citados na escala.

Posteriormente, para investigar as condutas mais frequentes, bem como as razões pelas quais os alunos praticaram as condutas autolesivas, as opções de resposta foram categorizadas da seguinte forma:

Questionários 1: corresponde a soma de condutas autolesivas realizadas (0 – não cometeu; 1 – cometeu).

Questionário 2: A frequência do corresponde a soma das ponderações para a frequência dos motivos que levaram a autolesão (0 – nunca; 1 – raramente; 2 – às vezes e 3 – frequentemente).

3.2 Delimitação do local:

Foi realizada aplicação dos questionários em todas as escolas municipais do município de Lajeado/RS, totalizando 18 escolas.

Abaixo todas as escolas participantes do trabalho:

- EMEF Alfredo Lopes da Silva, localizada na Rua da Divisa, 277 – Bairro Morro 25;
- EMEF Campestre, localizada na Rua Paul Harris, 488 – Bairro Campestre
- EMEF Capitão Felipe Dieter, localizada na Rua Willibaldo Eckhardt, 1650 – Bairro ;
- EMEF Dom Pedro I, localizada na Rua Henrique Stein Filho, 1060 – Bairro Jardim do Cedro;
- EMEF Francisco Oscar Karnal, localizada na Rua Bernardino Pinto, 440 – Bairro Santo Antônio;
- EMEF Guido Arnoldo Lermen, localizada na Rua Carlos Andrade, 66 – Bairro Centenário;
- EMEF Lauro Mathias Müller, localizada na Rua Etvino T. Thomas, 1300 – Bairro Planalto;
- EMEF Nova Viena, localizada na Rua Paulo Emílio Thiesen, 133 – Bairro Olarias;
- EMEF Oscar Koefender, localizada na Rua Uruguai, 49 – Bairro das Nações;
- EMEF Porto Novo, localizada na Rua Sabiá, 1280 – Bairro Carneiros;

- EMEF Pedro Welter, localizada na RST 453 Km 27 – Bairro Floresta;
- EMEF Santo André, localizada na Rua Affonso Celso, 365 – Bairro Santo André;
- EMEF São Bento, localizada na RST 430 – Bairro São Bento;
- EMEF São João, localizada na Rua Carlos Spohr Filho, 3320 – Bairro Moinhos D'Água;
- EMEF São José de Conventos, localizada na Rua Pedro Theobaldo Breitenbach, 4800 – Bairro Conventos;
- EMEF Universitário, localizada na Rua Edvino Henrique Becker, 452 – Bairro Universitário;
- EMEF Vida Nova, localizada na Rua Pedro Theobaldo Breitenbach, 1931 – Bairro Conventos;
- EMEF Vitus André Mörchbacher, localizada na Av. Sen. Alberto Pasqualini, 4.132 – Bairro Universitário;

3.3 Público alvo:

Todos os alunos do sétimo, oitavo e nono ano das escolas citadas, que aceitaram os termos da pesquisa, foram autorizados pelos seus responsáveis e preencheram todo questionário.

3.4 Coleta de dados:

Os dados foram coletados pelas próprias residentes do serviço de Psiquiatria do Hospital Bruno Born, por meio da escala FASM, de forma que

os alunos auto aplicaram a mesma. As visitas as escolas ocorreram durante, o segundo semestre, do ano letivo de 2017.

3.5 Aspectos éticos:

O presente trabalho foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Bruno Born. Além disso, foi previamente enviado para aprovação da prefeitura local de Lajeado- RS.

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), sendo que a recusa à participação era livre para todos.

Não serão divulgadas informações confidenciais ou dados sigilosos sobre os mesmos. O anonimato será mantido até mesmo para os pesquisadores. Os alunos não serão expostos à riscos desnecessários.

3.6 Amostra:

Do total de 1314 respondentes, dois foram excluídos devido ao preenchimento incorreto da escala, permanecendo uma amostra total de 1312. Desses, 666 responderam não à pratica de todos os tipos de comportamentos autolesivos e 646 estudantes afirmaram ter praticado algum comportamento autolesivo avaliado no questionário, que corresponde a 49,2% dos respondentes.

Dentre os 646 estudantes, 586 responderam ao item de tentativa de suicídio, foco desse estudo, e foram utilizados como amostra para análise estatística neste trabalho. Logo, foram excluídos 60 questionários por falta de resposta.

Os 586 alunos, eram de 18 escolas do município de Lajeado/RS, tinham idades entre 12 e 17 anos, com média de 13,52 anos, sendo 60,8% do sexo Feminino e 39,2% do sexo Masculino.

Os respondentes eram de diferentes séries, 41,5% dos alunos estavam no 7º ano, 35,3% no 8º ano e 23,2% estudavam no 9º ano; 86,3% estudavam no turno da manhã e 13,7% no turno da tarde.

A Tabela 1 apresenta o número de alunos de cada escola que responderam ao item tentativa de suicídio (TS).

Tabela 1 – Número de alunos que responderam ao item TS por Escola.

Escola	Nº de respondentes	Escola	Nº de respondentes
Alfredo Lopes	27	Pedro Welter	10
Campestre	53	Porto Novo	42
Capitão F. Dieter	17	Santo André	39
Dom Pedro I	78	São Bento	29
Francisco O. Karnal	34	São Joao	38
Guido Lermen	24	São José de Conventos	18
Lauro M. Müller	19	Universitário	41
Nova Viena	34	Vida Nova	49
Oscar Koefender	23	Vitus	11

3.7 Análise Estatística:

Será realizada uma análise descritiva dos itens dos questionários aplicados, bem como teste qui-quadrado (χ^2) de independência.

O teste qui-quadrado (χ^2) de independência testa a hipótese nula (H_0) de que a distribuição conjunta é o produto das distribuições marginais, o que só ocorre quando existe independência entre as variáveis aleatórias investigadas (Triola, 2017). Assim, tem-se como hipótese nula que *as variáveis são estatisticamente independentes*. Essa hipótese será testada ao nível de 5% de significância.

Para isso, a estatística do teste é dada por:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Onde $\chi^2 \sim \chi_v^2$, sendo v os graus de liberdade da distribuição de probabilidade, dado por $(l-1).(c-1)$, onde l é o número total de linhas da tabela de contingência, c é o número total de colunas da tabela e O_{ij} é a frequência observada em uma célula qualquer da tabela de contingência; E_{ij} é a frequência esperada para cada uma das células da tabela de contingência, supondo independência, dada por:

$$E_{ij} = \frac{(\text{total da linha "i"}) (\text{total da coluna "j"})}{(\text{total geral})}$$

Para tais análises estatísticas e representação gráfica foi utilizado o *software* R (R Core Team, 2018).

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados investigando: (1) as condutas dos estudantes que tentaram suicídio e os motivos que levaram a isso, o tempo planejando e a intensidade da dor de acordo com o sexo, e (2) especificamente a relação entre a conduta de realizar cortes na pele com a tentativa de suicídio, sexo e a série desses estudantes.

1. Tentativa de suicídio

No contexto geral, dos 586 alunos que responderam ao item de tentativa de suicídio, 83 (14,2%) afirmaram ter tentado se matar ao praticar a conduta autolesiva. Portanto, analisando a amostra que respondeu positivamente ao item TS, pode-se observar que em todas as escolas havia ao menos um aluno que afirmou ter tentado se matar ao realizar conduta autolesiva.

Na Figura 1 observa-se que a Escola São João foi onde houve maior número de casos de alunos que afirmaram ter tentado se matar (13 alunos), seguida por Nova Viena e Dom Pedro I (9).

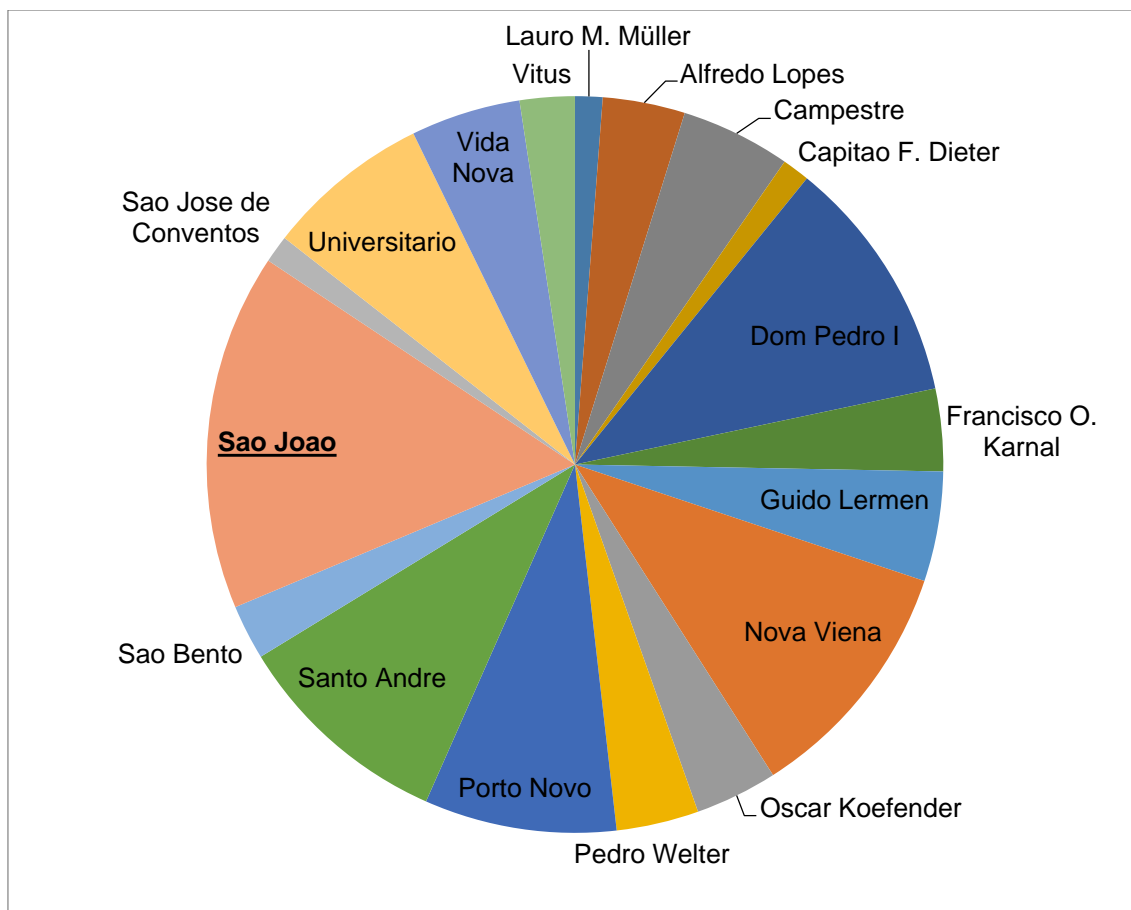


Figura 1 – Escola a qual os alunos que tentaram se matar pertencem.

As variáveis tentar se matar e série dos alunos, conforme Tabela 1 mostraram evidências de associação entre elas, porém fraca ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 6,0598, p\text{-value} = 0,04832$). Nota-se que a frequência é menor entre os alunos do 9º ano.

Tabela 1 – Tentar se matar e série.

Se matar	Série			Total
	7º	8º	9º	
Não	213	168	122	503
Sim	30	39	14	83
Total	243	207	136	586

1.1 Tentativa de Suicídio e Sexo

A Tabela 2 apresenta os dados de tentativa de suicídio, ou não, de acordo com o sexo dos alunos. Nota-se que 18% das meninas e 8,3% dos meninos tentaram suicídio ao cometer algum dos atos autolesivos.

Tabela 2 – Tentativa de suicídio e sexo dos alunos.

Tentativa de suicídio	Sexo		Total
	F	M	
Não	292	211	503
Sim	64	19	83
Total	356	230	586

1.2 Conduta autolesiva de quem tentou suicídio segundo o sexo dos respondentes:

Para a conduta, cortou ou fez vários pequenos cortes na pele, tem-se a frequência de 73 respondentes (88%) do total que efetuaram condutas autolesivas e pensavam em se matar (83), sendo 58 meninas e 15 meninos.

Em relação as demais condutas autolesivas, que não são o foco do presente trabalho, encontramos:

- 32 meninas e 8 meninos realizaram a conduta bater em si mesmo (48,2% do total); que corresponde a 50% das meninas e 42,1% dos meninos.
- 19 meninas e 3 meninos arrancaram seus cabelos (26,5% do total); que corresponde a 29,7% das meninas e 15,8% dos meninos.
- 6 meninas e 5 meninos fizeram tatuagens em si mesmo (13,3% do total); que corresponde a 9,4% das meninas e 26,3% dos meninos.

- 42 meninas e 13 meninos cutucaram ferimentos (66,3% do total); que corresponde a 65,6% das meninas e 68,4% dos meninos. Levanta-se a possibilidade dos alunos terem interpretado mal a conduta, pensado no ato de cutucar os ferimentos não só propositalmente, mas como hábito.
- 13 meninas e 7 meninos queimaram sua pele (24,1% do total); que corresponde a 20,3% das meninas e 36,8% dos meninos.
- 13 meninas e 5 meninos inseriram objetos embaixo da unha ou pele (21,7% do total); que corresponde a 20,3% das meninas e 26,3% dos meninos.
- 54 meninas e 13 meninos morderam a si mesmo (boca, lábio) (80,7% do total); que corresponde a 84,4% das meninas e 68,4% dos meninos. Devido a elevada percentagem acredita-se que nessa conduta os estudantes também podem ter interpretado mal o ato de morder a si mesmo.
- 36 meninas e 10 meninos beliscaram ou cutucaram áreas de seu corpo até sangrar (55,4% do total); que corresponde a 56,3% das meninas e 52,6% dos meninos. Outra conduta que chama atenção para o erro de interpretação.
- 50 meninas e 11 meninos fizeram vários arranhões na sua própria pele propositalmente (73,5% do total); que corresponde a 78,1% das meninas e 57,9% dos meninos.
- 12 meninas e 5 meninos esfolaram a sua própria pele propositalmente (20,5% do total); que corresponde a 18,8% das meninas e 26,3% dos meninos.
- 5 meninas e 3 meninos responderam que tiveram outras condutas (9,6% do total);

Quando questionados sobre a idade inicial com que se feriram, as idades variaram de 5 anos (um aluno) à 15 anos, sendo que três alunos responderam não saber.

1.3 Total do tempo de planejamento da conduta autolesiva de quem tentou suicídio:

Conforme mostra a Tabela 3, a maioria dos respondentes agiram por impulso, em ambos os sexos; 10 alunos não souberam informar ou não informaram o tempo de planejamento.

Tabela 3 - Tempo de planejamento da conduta autolesiva conforme o sexo.

Sexo	Tempo						Total
	Dias	Horas	Minutos	Impulso	Não sei	Não informou	
F	12	10	12	21	3	6	64
M	4	2	4	8	1	0	19
Total	16	12	16	29	4	6	83

Além disso, conforme a Tabela 4, a maioria sentiu pouca ou nenhuma dor, em ambos os sexos.

Tabela 4 – Intensidade da dor ao se ferir.

Sexo	Dor				Total
	Intensa	Moderada	Pouca	Não	
F	7	7	26	24	64
M	4	3	10	2	19
Total	11	10	36	26	83

1.4 Motivos para autolesão de quem tentou suicídio independente da conduta autolesiva realizada:

No contexto geral, dentre os 22 motivos para cometer conduta autolesiva, presente na segunda parte do questionário, o aluno poderia selecionar um dos motivos e pontuar a frequência com que os cometiam.

Os motivos citados com maior frequência foram, nesta ordem: para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença (item 2), para parar sentimentos/sensações ruins (item 14) e para se castigar (item 10).

Já os motivos citados com menor frequência foram: para fazer algo quando está com outros (item 19), para se sentir fazendo parte de um grupo (item 16) e para não ir à escola, trabalho ou outras atividades (item 1).

Entre as meninas, os motivos mais frequentes foram: aliviar sensações de “vazio” ou indiferença, para parar sentimentos/sensações ruins e para se castigar. Os menos frequentes: para fazer algo quando está com outros e, empatados, para se sentir fazendo parte de um grupo, para não ir à escola, trabalho ou outras atividades e para se parecer com alguém que você respeita.

Entre os meninos, os mais frequentes foram: para sentir algo, mesmo que fosse dor, para parar sentimentos/sensações ruins e aliviar sensações de “vazio” ou indiferença. Os menos frequentes: para deixar os outros com raiva, para se parecer com alguém que você respeita e para não ir à escola, trabalho ou outras atividades.

2. Conduta autolesiva por cortes ou pequenos cortes

2.1 Conduta autolesiva por cortes ou pequenos cortes na pele versus tentativa de suicídio:

Por meio do teste χ^2 verificou-se se as variáveis tentativa de suicídio e cortes são independentes. Duas variáveis são independentes se a ocorrência de uma não afeta a ocorrência da outra. Porém, os resultados indicaram que há evidências de dependência/associação entre essas variáveis

ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 94,56, p - value = 2,2e - 16$). Portanto, fazer cortes ou pequenos cortes na pele e tentar suicídio são variáveis que possuem uma relação entre elas. Pode se observar na Tabela 5 que, a maioria dos estudantes que tentou se matar, também fez cortes na pele.

Tabela 5 – Tentativa de suicídio e cortes na pele.

Tentativa de suicídio	Cortes		Total
	Não	Sim	
Não	344	159	503
Sim	10	73	83
Total	354	232	586

Dos 586 alunos investigados, 73 (12,5%) afirmaram ter tentado se matar e ter feito cortes em sua pele. Desses, 15 eram do sexo masculino; 57 (78,1%) estudavam no turno da manhã. Para esses alunos, as condutas mais citadas foram Morder (79,5%) e Arranhões (75,3%). As menos citadas foram Tatuagem (7,3%) e Esfolou a pele (19,2%). Esses alunos tem média de 13,7 anos e desvio padrão de 1,2 anos, variando de 12 a 17 anos.

Conforme Figura 2, observa-se que a maioria (36 alunos) teve entre 4 e 6 condutas autolesivas no último ano. Apenas um aluno teve 11 condutas dentre as 12 investigadas e 3 alunos afirmaram estar sob efeito de drogas ou álcool quando tiveram comportamentos autolesivos.

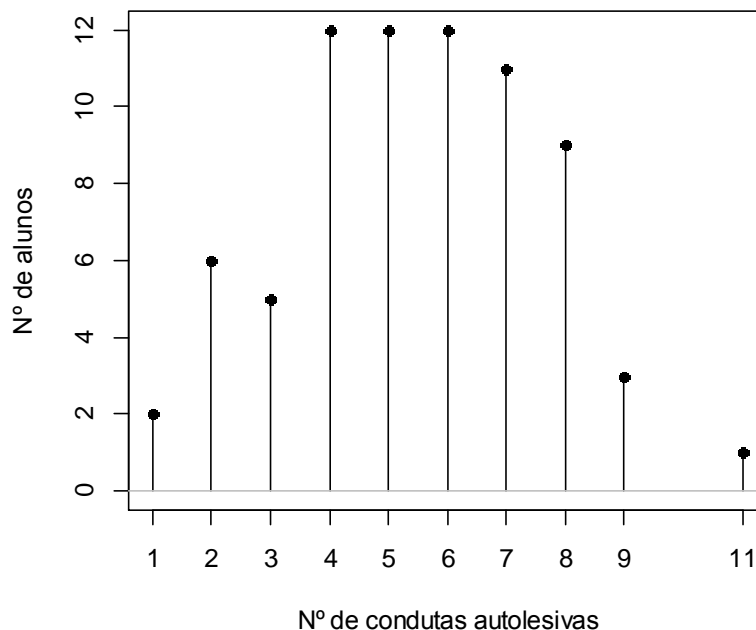


Figura 2 – Quantidade de condutas autolesivas em alunos que tentaram suicídio e realizaram cortes.

Os motivos citados com maior frequência dentre os 73 alunos foram: aliviar sensações de “vazio” ou indiferença (item 2), para parar sentimentos/sensações ruins (item 14) e para se castigar (item 10). Já os motivos citados com menor frequência foram: para fazer algo quando está com outros (item 19), para se sentir fazendo parte de um grupo (item 16) e para chamar a atenção (item 3).

A Escola São João foi onde houve maior número de casos de alunos que afirmaram ter tentado se matar e realizaram cortes na pele (13 alunos), seguida por Dom Pedro I (9) e Nova Viena (7).

Outros comportamentos de autolesão destacado por esses alunos que realizaram cortes na pele, foram: Dar soco no espelho; Machucar-se com elásticos; Tentar quebrar o pé; Segurar a respiração; Quebrar objetos; Se machucar com corda; Tentar se afogar.

Além dos motivos avaliados no questionário, foram citados outros motivos para cometer conduta autolesiva por cortes na pele: Para aliviar dor

psicológica; Por causa da família; Libertar uma dor; Por Raiva; Para morrer; Aliviar dor emocional; Para sentir outra dor achando que o coração iria parar de doer; Para esquecer os erros ou descontar neles mesmo por algo.

2.2 Conduitas autolesivas por pequenos cortes na pele e sua relação com o sexo e a série dos estudantes

Verificou-se a independência entre as variáveis realização de cortes e sexo dos alunos (Tabela 6). Os resultados indicaram que há evidências de dependência entre essas variáveis ao nível de 5% de significância ($\chi^2 = 10,869$, $p - value = 0,000978$). Nota-se que meninas realizam mais cortes na pele do que os meninos.

Tabela 6 – Cortes e sexo dos alunos.

Sexo	Cortes		Total
	Não	Sim	
F	196	160	356
M	158	72	230
Total	354	232	586

Para a conduta Cortes na pele e série, o teste não mostrou associação entre as variáveis ($\chi^2 = 5,3286$, $p - value = 0,06965$). Assim como não há associação entre idade e tentar se matar ($\chi^2 = 0,63029$, $p - value = 0,4272$).

5 DISCUSSÃO

A prevalências das condutas autolesivas sem intenção suicida (NSSI) é consideravelmente maior no período da adolescência. Estudos, entre amostras da comunidade, sugerem que 13% a 45% dos adolescentes, praticam ou praticaram no ano passado, alguma conduta autolesiva. (Lloyd-Richardson et al. 2007, Plener et al. 2009a, Ross & Heath 2002) (Nock 2010). Conforme estimativas de outro estudo, cerca de 70% dos adolescentes com comportamentos autolesivos repetitivos já realizaram, pelo menos uma vez ao longo da sua vida, uma tentativa de suicídio (Cardoso, G. T. 2015) (Chloe A. Hamza, Shannon L. Stewart, Teena Willoughby., 2012).

De acordo com os resultados encontrados, há uma predomínio da realização de condutas autolesivas por cortes em meninas, assim como encontrado em um estudo realizado com mais de 30.000 adolescentes escolares da Austrália, Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda e Noruega, onde se observou que a prevalência em meninas (13,5%) foi aproximadamente três vezes maior que em meninos (4,3%) (CASE). Há maiores evidências de que comportamentos autolesivos são mais prevalente entre as mulheres do que os homens na adolescência. Embora outros pesquisadores não tenham encontrado diferenças sexuais na prevalência. (Chloe A. Hamza, Shannon L. Stewart, Teena Willoughby., 2012). A diferença entre os gêneros pode estar relacionada aos métodos de autolesão. Consistentemente, os pesquisadores descobriram que as mulheres são mais propensas a se envolver em comportamentos de auto-corte, enquanto os meninos são mais propensos a se envolver em comportamentos auto-bater e queimadura (Andover et al., 2010) (Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008), o que foi também constatado pelo presente estudo, onde 160 alunos

que realizaram NSSI eram do sexo feminino, dentro o total de 232 estudantes que responderam sim a automutilação. O resultado sugere que o método de selfinjury é um fator chave em relação às diferenças de gênero na prevalência de autolesão (Bresin e Schoenleber, 2015) (J. D. Ribeiro 2016).

Quanto a um dos objetivos do trabalho, o teste de independência entre a variável tentativa de suicídio e conduta autolesiva por cortes ou pequenos corte na pele, foi visto como dependente, ou seja, um afeta a ocorrência do outro. Entretanto, pela análise feita e por se tratar de um estudo transversal, não se consegue determinar efeito causal.

A força da associação entre NSSI e comportamento suicida, no entanto, pode depender dos tipos de comportamentos NSSI avaliados pelos pesquisadores (Chloe A. Hamza, Shannon L. Stewart, Teena Willoughby., 2012). Um estudo realizado recentemente, apresentou que ter uma história de conduta autolesiva sem intenção suicida confere risco continuado de ideação suicida até a idade adulta. Esse achado foi uma contribuição notável, considerando, que segundo uma metanálise realizada previamente, havia apenas um estudo longitudinal anterior que testou se uma história de conduta autolesiva sem intenção suicida, previa a ideação suicida (Ribeiro et al., 2016).

Entre as amostras de pacientes ambulatoriais, 33-37% dos adolescentes com história de NSSI também relataram ter feito pelo menos uma tentativa de suicídio. Dada a alta co-ocorrência de NSSI e comportamentos suicidas, os pesquisadores concluíram que, embora esses comportamentos possam diferir em aspectos importantes, esses também estão co- relacionados (Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001). Outro estudo apontou que 77% dos adolescentes com tentativas de suicídio apresentam igualmente história de comportamentos autolesivos, o que levou à conclusão que estes comportamentos seriam um fator de risco para futuros comportamentos suicidários (Cardoso, G. T. 2015).

Durante a última década, vários pesquisadores sugeriram que o NSSI é um fator de risco para o comportamento suicida, com base em pesquisas que mostram que uma história anterior de autoagressão é um forte indicador de tentativas de suicídio tanto transversal quanto longitudinalmente. (Chloe A. Hamza, Shannon L. Stewart, Teena Willoughby.,2012).

Modelos integrados preveem a autoagressão não-suicida como uma porta de entrada que permite aos adolescentes adquirir a capacidade de suicídio. (Daniel D.L. Coppersmith, Shyamala Nada-Raja, Annette L. Beautrais.,2017). Também foi encontrada que, independentemente da idade, sexo e condição socioeconômica do participante, o envolvimento em conduta autolesiva sem intenção suicida aumenta o risco de tentativa de suicídio (Hamza et al., 2012).

Quanto a idade média em que se iniciou os comportamentos autolesivos, quando questionados pelo atual estudo, as idades variaram de 5 anos (um aluno) a 15anos, sendo que 3 alunos responderam não saber. Entretanto, não se distinguiu quais foram esses comportamentos autolesivos. Diferentemente do que se encontrou em outro estudo, onde a idade de início de qualquer conduta autolesiva variou entre 12 e 16 anos de idade (Rodham & Hawton, 2009).

Devido à dificuldade de se uniformizar o termo conduta autolesiva e automutilação por corte, fica difícil afirmar que as condutas mais frequentes, realizadas por adolescentes, seja automutilação por cortes ou pequenos corte na pele. No presente estudo, encontramos, de forma geral das condutas autolesivas, como comportamento mais prevalente cutucar ferimentos, seguido por cortes ou pequenos cortes na pele e arranhões. No entanto, alguns desses comportamentos são mais normativas na população em geral (por exemplo, morder o lábio, cutucar uma ferida) e assim sua

inclusão em alguns estudos poderia ajudar para explicar as estimativas de prevalência surpreendentemente alta obtido em alguns estudos. Algumas das características da auto-lesão, como a frequência e gravidade do comportamento, variam conforme a população que está sendo estudada.

Quando se correlacionou apenas corte ou pequenos cortes na pele e tentativa de suicídio, percebeu-se que o maior motivo para realização de tal conduta era diminuir sentimento de vazio, seguido por parar sentimentos ruins e castigar-se. Esses motivos, foram encontrados em inúmeros estudos, o que possibilitou a acreditar-se que a automutilação é realizada na maioria dos casos como um meio de auto-calmante ou de ajuda (isto é, com o objetivo final de alistar outros para ajudar a lidar com pensamentos negativos ou sentimentos) (Klonsky 2009, Muehlenkamp et al. 2009, Nock et al. 2009).

Embora as pessoas que se envolvem em automutilação (no geral) são mais propensos do que os não-agressores a consumir drogas e álcool, foi observado em diversos estudos que o comportamento, normalmente, ocorrem durante períodos de sobriedade (Nock et al. 2009). Também se evidenciou que a maioria dos auto-agressores relatam sentir pouca ou nenhuma dor durante episódios desse comportamento (Favazza 1996, Nock e Prinstein 2004). Ambas características também puderam ser vistas em nossa amostra. Explicações potenciais para esta diminuição da sensibilidade à dor é que resulta da habituação à dor física, a liberação endorfinas durante a auto-lesão, ou a crença de que se merece ser ferido no entanto, o mecanismo real não é conhecido (Comer & Laird 1975, Goldberg & Sakinofsky 1988, Nock et al. 2006).

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que existe um predomínio geral de condutas autolesivas em meninos, porém quando especifica-se a conduta cortes ou pequenos cortes na pele a prevalência é maior no sexo feminino. Pode-se evidenciar também, que quanto ao tempo de planejamento para cometer o ato, a maioria respondeu agir por impulso, bem como sentir pouca ou nenhuma dor ao praticar a automutilação. Quanto aos principais motivos que levaram os estudantes a praticarem tais atos seguem em ordem de frequência: aliviar sensações de “vazio” ou indiferença, para parar sentimentos/sensações ruins e para se castigar. Além disso, houve significância entre TS e conduta autolesiva por cortes ou pequenos cortes na pele. Sugere-se, para trabalhos futuros, utilizar um conjunto de variáveis para tentar prever o comportamento suicida.

Portanto, identificar os adolescentes em risco, ainda em uma fase inicial, e poder tratá-los pode ser um fator preventivo importante na redução do suicídio subsequente. Bem como, elaborar estratégias de intervenção abrangente e integrada, envolvendo vários domínios, tal como o indivíduo em si, a sua família, a escola, a comunidade e o sistema de cuidados de saúde, é essencial.

Referências

- Favazza AR. 1996. *Bodies Under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press
- Favazza AR. 2009. A cultural understanding of nonsuicidal self-injury. See Nock 2009a, pp. 19–35.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Guerreiro, D. F. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222. doi: 10.1016/j.rpsp.201305.001.
- International Society for the Study of Self-injury. *Definitional issues surrounding our understanding of self-injury*. Conference proceedings from the annual meeting. 2007.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:667–77.
- Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(8):957-979. doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Cardoso, G. T. (2015). *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193–199.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985–1995. *Journal of Adolescence*, 23, 47–55.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (1998). *Deliberate self-harm*. *Effective Health Care*. 4(6).
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 325, 601-607.
- Skegg, K. Self-harm. *Lancet*. 2005, 366 1471–1483.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed. 1997.

Hawton K, Saunders KE a, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382. doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.

Ryan, K., Heath, M. A., Lane, F., & Young, E. L. Superficial self-harm: Perceptions of young women who hurt themselves. *Journal of Mental Health Counseling*, 2008. 237-254.

Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K. , & Joiner, T. E. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2011, 3, 2, 167-175.

Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-184.

Duque, A.F., e Neves, P.G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 215-227.

Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L. & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of selfcriticism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483-2490.

Nock, M.K. & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of selfmutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885- 890.

Tanner, A. K., Hasking, P., Martin, G. (2015). Suicidality among adolescents engaging in nonsuicidal self-injury (NSSI) and firesetting: the role of psychosocial characteristics and reasons for living. *Tanner et al. Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (2015) 9:33 DOI 10.1186/s13034-015-0068-1

Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P et al (2013) Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health* 52:486–492 6.

Boxer P (2010) Covariation of self- and other -directed aggression among inpatient youth: continuity in the transition to treatment and shared risk factors. *Aggress Behav* 36:205–217 7.

Sinclair JMA, Hawton K, Gray A (2010) Six-year follow-up of a clinical sample of self-harm patients. *J Affect Disord* 121:247–252

Jessor R, Jessor SL (1979) *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Academic Press, New York

Hilt LM, Nock MN, Lloyd-Richards EE, Prinstein MJ (2008) Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *J Early Adolesc* 28:455–469 19.

Muehlenkamp J, Peat C, Claes L, Smits D (2012) Self-injury and disordered eating: expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide Life Threat Behav* 42(4):416–425

Ribeiro, J.D., Franklin, J.C., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Chang, B.P., Nock, M.K., 2016. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Med.* 46 (2), 225–236. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715001804>.

Daniel D.L. Coppersmith, Shyamala Nada-Raja, Annette L. Beautrais., 2017. Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort.

Chloe A. Hamza, Shannon L. Stewart, Teena Willoughby., 2012. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model.

Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Nonsuicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178, 101–105.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 725–735.

Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 427–432.

R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing.

R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

Triola, M. F. *Introdução à Estatística*. 12^a. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário

Escala de Comportamento de Automutilação (Functional assessment of Self-Mutilation – FASM)

FASM

Versão original de Lloyd, Kelley & Hope, 1997

Traduzida por Scivoletto, S., 2005 com autorização dos autores*

No ano passado, você praticou alguns dos seguintes comportamentos (responda todos os itens):	Não	Sim	Aprox. quantas vezes?	Foi necessário algum tratamento médico?
1. cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele				
2. bateu em você mesmo propositalmente				
3. arrancou seus cabelos				
4. fez uma tatuagem em você mesmo				
5. cutucou um ferimento				
6. queimou sua pele (p. ex., com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)				
7. inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele				
8. mordeu você mesmo (p. ex., sua boca ou lábio)				
9. beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar				
10. fez vários arranhões em sua pele propositalmente				
11. esfolou sua pele propositalmente				
12. outros:				

13. Se não ocorreu no ano passado, você alguma vez na vida já teve algum dos comportamentos acima descritos? _____ Sim _____ Não

SE VOCÊ RESPONDEU NÃO PARA TODAS AS PERGUNTAS DE 1 A 13, PULE A PRÓXIMA PÁGINA E VÁ PARA O QUESTIONÁRIO SEGUINTE.

Quando fez alguns dos atos acima, você estava tentando se matar? ___ Sim ___ Não

Quanto tempo você gasta pensando em fazer o(s) ato(s) acima antes de realmente executá-los?

Você teve algum destes comportamentos quando estava sob efeito de drogas ou álcool? _____ Sim _____ Não

Você sentiu dor enquanto se feria? _____ dor intensa _____ dor moderada
 _____ pouca dor _____ não sentiu dor

Quantos anos você tinha quando se feriu desta forma pela primeira vez? _____

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto em estudo: Prática de Condutas autolesivas por adolescentes de escolas municipais em Lajeado-RS

Pesquisador Responsável: Dra Maria Rosa Iorra

Médicas Residentes em Psiquiatria: Caroline Fredi Almeida e Thricy Dhamer

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do estudo “Prática de Condutas autolesivas por adolescentes de escolas municipais em Lajeado-RS” de responsabilidade do (a) pesquisador (a) Dra Maria Rosa Iorra -médica psiquiatra especialista em Infância e Adolescência. No qual o objetivo é ajudar na análise das práticas autolesivas para posterior psicoeducação.

Para este estudo adotaremos uso de questionários que os alunos das 7, 8 e 9 ano^o das escolas municipais de Lajeado irão preencher. Para participar desse estudo os responsáveis deverão autorizar e assinar o termo de consentimento. Você não terá nenhuma custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade, sua participação é voluntária e você não será identificado em nenhuma publicação. O resultados estarão a sua disposição quando finalizada a pesquisa. Os dados coletados e instrumentos utilizados no estudo, ficaram arquivados na Secretaria de Educação de Lajeado-RS por um período de 5 anos.

Nos pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável

Eu, _____, RG n° _____, responsável legal por (nome do menor) _____, nascido(a) em ____/____/____, declaro ter sido informado (a) e concordo com a participação, do (a) meu filho (a) como participante, no Projeto de pesquisa “Prática de Condutas autolesivas por adolescentes de escolas municipais em Lajeado-RS”.

Cidade, ____ de _____ de 20 ____

Nome e assinatura do pai/responsável legal pelo menor