



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PESQUISA EM PSICOLOGIA: MONOGRAFIA 4**

Victoria Caroline Cruz Alves

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rachel de Faria Brino

**Investigações acerca da associação entre a automutilação e ideias suicidas na  
infância e adolescência**

São Carlos

Outubro – 2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PESQUISA EM PSICOLOGIA: MONOGRAFIA 4**

Victoria Caroline Cruz Alves

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rachel de Faria Brino



---

**Investigações acerca da associação entre a automutilação e ideias suicidas na  
infância e adolescência**

Relatório de monografia apresentado como requisito para avaliação referente à disciplina Pesquisa em Psicologia: Monografia 4 sob a orientação da prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rachel de Faria Brino, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

São Carlos

Outubro – 2021

## RESUMO

A violência autoinflingida é uma das várias vertentes do vasto campo de estudo da violência e que tem sido cada vez mais estudada por diferentes áreas do conhecimento, visto que o número de pessoas que encontram na violência contra si próprio uma forma de lidar com o sofrimento vem crescendo progressivamente ao longo das últimas décadas. Esse tipo de violência é definido à luz de duas subdivisões: o comportamento suicida e o comportamento de autoagressão. Por serem temáticas conceitualmente muito próximas, é comum que estejam também relacionadas por trás da compreensão dos respectivos atos. No entanto, há ainda certa ambiguidade no que se refere à caracterização dos comportamentos envolvidos nessas classificações. É importante ressaltar, ainda, que o comportamento de autoagressão é constantemente caracterizado como um dos principais fatores de risco ao comportamento suicida. Nesse sentido, é imprescindível que ambos os comportamentos sejam estudados de forma a compreender as consequências de suas correlações também a longo prazo. O presente estudo procurou verificar a existência da associação entre a automutilação e o desenvolvimento de ideias suicidas, como representantes dos respectivos grupos de violência autoinflingida, além de buscar definir as motivações e possíveis fatores de risco para o desencadeamento das práticas de autolesão em crianças e adolescentes, visando contribuir para o conhecimento científico na área para a elaboração de intervenções e políticas públicas relacionadas à prevenção da automutilação e do suicídio. A pesquisa foi realizada com participantes maiores de idade, de qualquer gênero, que já realizaram automutilação em algum momento da vida. Os resultados indicaram, por unanimidade, que em indivíduos que apresentaram comportamentos autolesivos não-suicidas durante a infância ou adolescência, a ideia suicida possui maior nível de prevalência. A partir dos dados alcançados houveram, também, indicadores de presença de ideia suicida em um número considerável de crianças, uma vez que a maior parte dos participantes declarou ter começado a se engajar em comportamentos de automutilação antes dos 14 anos de idade e que os pensamentos suicidas também se iniciaram antes do começo das práticas.

**Palavras-chave:** comportamento autolesivo; autolesão; autoagressão; automutilação; *non-suicidal self-injury*; *self-mutilative behavior*; *suicidal behavior*.

## ÍNDICE

### **1. Introdução**

1.1. Justificativa do tema.....	4
1.2. Introdução ao tema.....	5

### **2. Método**

2.1. Participantes.....	9
2.1.1. Triagem dos participantes.....	9
2.2. Instrumentos.....	10
2.3. Procedimento.....	12

### **3. Resultados**

3.1. Caracterização dos participantes.....	13
3.2. FASM.....	16
3.3. Questões adicionais.....	24

<b>4. Discussão.....</b>	<b>26</b>
--------------------------	-----------

<b>5. Considerações finais.....</b>	<b>30</b>
-------------------------------------	-----------

<b>6. Referências.....</b>	<b>31</b>
----------------------------	-----------

### **7. Anexos**

7.1. Escala de Comportamento de Autolesão (FASM).....	34
---	----

### **8. Apêndice**

8.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	36
--	----

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Justificativa do tema

Comportamentos autolesivos ou de automutilação são tipos de comportamento que no momento atual têm ocorrido e ainda ocorrem com frequência, principalmente, em crianças e adolescentes em fase escolar. Embora não seja um comportamento que tenha surgido recentemente, diversos estudos já realizados nesta área indicam que a taxa de ocorrência de tais condutas são notavelmente mais altas nessa faixa etária. Ademais, a literatura recente, em especial a internacional, constata que as práticas de violência autoinflingidas têm acontecido com cada vez mais periodicidade a partir das últimas décadas. No entanto, a literatura brasileira da área ainda é escassa e necessita de mais informações acerca das classes de violência autoinflingidas mais presentes no Brasil. Tais informações seriam de enorme relevância tanto para estudos acadêmicos posteriores quanto para a compreensão de fenômenos sociais recorrentes.

Além disso, apesar de a autolesão ser considerada um tipo de comportamento não-intencionalmente suicida, é válida a análise das associações entre os atos de automutilação e possíveis ideações suicidas que possam ter ocorrido antes, durante ou mesmo depois do início das práticas, visto que alguns dos aspectos constantemente relatados em casos de automutilação são os sintomas depressivos, que em inúmeros casos estão associados a eventos traumáticos.

Dessa forma, faz-se necessária uma investigação acerca dos possíveis desencadeadores ou motivações das práticas autolesivas, dando destaque à faixa etária dos 10 aos 18 anos, para que sejam definidos com mais precisão os fatores de risco e de proteção envolvidos nas práticas em questão. Assim, será possível que sejam elaboradas novas intervenções de prevenção, políticas públicas ou programas específicos à população que se encaixe nessas condições, tanto em níveis macro quanto em níveis micro de análise. É importante ressaltar que não apenas as práticas de violência autoinflingidas desses comportamentos devem receber atenção, visando a elaboração de estratégias para diminuir o sofrimento psíquico decorrente destes ou, ainda, diminuir a própria ocorrência desses fatores.

## 1.2. Introdução ao tema

A violência é um fenômeno muito amplo que tem sido discutido por inúmeros autores de diversas áreas de estudo, em especial das ciências da saúde e das ciências humanas. Visto que é um fenômeno multifatorial que abarca consideráveis elementos e condições que contribuem para o surgimento e manutenção da cultura de violência ao redor do mundo, é de alta relevância que sejam compreendidas suas problemáticas a fim de que sejam propostas ideias a fim de solucionar ou, ao menos, amenizar tanto quanto possível o sofrimento dos indivíduos envolvidos em contextos nos quais a violência se faz presente, explícita ou implicitamente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o conceito de violência como:

[...] o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 1996).

Além da definição geral de violência, a Organização Mundial da Saúde (1996) também elaborou subdivisões dessa categoria, nas quais estão classificados três tipos de violência: a violência autoinflingida, a violência interpessoal e a violência coletiva. Dessa forma, o presente trabalho se concentra no campo da violência autoinflingida e se propõe a trabalhar algumas das questões mais frequentemente relacionadas aos comportamentos autodestrutivos.

A violência autoinflingida ou auto-dirigida, ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde, é subdividida entre o comportamento suicida e a autoagressão. O primeiro comportamento mencionado se refere aos pensamentos ou ideias suicidas, tentativas de suicídio e suicídios consumados; ao passo que a segunda está relacionada às práticas de automutilação (OMS, 1996).

A automutilação em adolescentes é considerada um problema de saúde pública a nível internacional. Esse fato se constitui como um dos principais motivos para o progressivo aumento das pesquisas com o intuito de investigar as características dos comportamentos autolesivos ao longo das últimas décadas. No entanto, dentre as dificuldades de se estudar o comportamento em questão, está o fato de que a automutilação ainda é predominantemente

um fenômeno o qual as instituições de saúde têm pouco acesso em relação à quantidade de casos, uma vez que muitos dos casos de automutilação não chegam a receber atendimento hospitalar e, portanto, não são notificados (Monteiro *et al.*, 2015; Silva & Botti, 2018).

Existe certa controvérsia percebida na literatura no que se refere à distinção entre os comportamentos autolesivos. Os conceitos de lesão autoprovocada, parasuicídio, automutilação e autolesão muitas vezes adquirem sentidos distintos em diferentes estudos (OMS, 2016; Otto & Santos, 2016; Trinco & Santos, 2017), dificultando assim um entendimento mais preciso sobre suas definições. Alguns estudos, como o de Olfson e colaboradores (2005), tratam a automutilação como diferente da autolesão na medida em que o primeiro se refere predominantemente a cortes na pele. Por outro lado, a título de exemplo, o estudo de Machin (2009) adota o termo de lesão autoprovocada como sinônimo de tentativa de suicídio.

O elemento central que envolve a ambos os termos é a presença ou não de intenção suicida, fator importante para a compreensão das várias esferas dos comportamentos relacionados. Entretanto, considerando que frequentemente a intenção por trás do comportamento não é tão clara ou é passível de ser modificada ao decorrer deste, os limites e fronteiras entre os conceitos se tornam tênues (Bahia *et al.*, 2017).

Giusti (2013) define a automutilação como quaisquer comportamentos que ocorram de forma intencional pela agressão ao próprio corpo sem intenção suicida, sendo as formas mais frequentes de automutilação os cortes na pele, queimaduras, mordidas, arranhões e bater em si mesmo. Levando em consideração que a maior parte das automutilações ocorrem em adolescentes, os resultados do estudo de Fonseca e colaboradores (2016) reforçam que a automutilação nessa população, em sua maioria, não apresenta intenção suicida. Além disso, Yaryura-Tobias e colaboradores (1999) afirmam que, quando se automutilando, o indivíduo apesar de estar em um estado psicologicamente perturbado, não está tentando suicídio.

Diversos estudos na literatura indicam que as práticas de automutilação frequentemente são realizadas no intuito de obter regulação emocional a fim de diminuir a dor psíquica sentida naquele momento, criar um estado emocional desejado ou cessar sentimentos e emoções perturbadoras (Carvalho *et al.*, 2017; Trinco & Santos, 2017).

De uma perspectiva comportamental, Nock e Prinstein (2004) propõem a definição funcional da automutilação à luz de quatro funções primárias do comportamento de

automutilação que variam em meio a duas dimensões dicotômicas: contingências automáticas contra contingências sociais que podem ser reforçadas negativamente ou positivamente. Para além das contingências automáticas predominantemente citadas e avaliadas em inúmeros estudos, as contingências sociais fazem com que o indivíduo que pratica a automutilação a realize no intuito de modificar ou regular seu ambiente social, a fim de escapar de demandas interpessoais ou ganhar a atenção de alguém ou acesso a materiais (Nock & Prinstein, 2004).

No entanto, apesar de se constituir como método de regulação emocional, o comportamento autolesivo ainda indica uma estratégia de enfrentamento mal adaptada, uma vez que grande parte dos jovens que realizam essa prática não encontram outra forma de lidar com condições emocionais adversas e tal prática frequentemente acaba por entrar em remissão conforme se dá o progresso de desenvolvimento do indivíduo (Garreto, 2015).

A prevalência dos comportamentos autolesivos não-suicidas varia em diferentes países, de acordo com a população estudada, idade e o critério usado para definir operacionalmente o conceito da automutilação (Chávez-Flores, Hidalgo-Rasmussen & Yanez-Peñúñuri, 2019). De maneira geral, a partir de uma perspectiva internacional os indivíduos mais frequentemente afetados pelos comportamentos de automutilação são adolescentes, predominantemente do sexo feminino (Silva & Botti, 2018).

É comum encontrar na literatura argumentos que explicam o motivo de meninas serem mais afetadas pela automutilação do que meninos. Como exemplo, o fato de que mulheres e homens costumam lidar de formas diferentes com suas experiências ao longo do desenvolvimento, visto que meninas são culturalmente ensinadas a identificar, reconhecer e ter consciência de suas emoções e, conseqüentemente, tendem mais a buscar formas de regulação emocional, sendo a automutilação uma das alternativas que podem surgir (Fonseca *et al.*, 2016).

De acordo com Hawton, Saunders e O'Connor (2012), estudos internacionais de base comunitária indicaram que cerca de 10% dos adolescentes relataram já terem se automutilado, sendo que algumas dessas automutilações também incluíam certa intenção suicida. Ainda segundo os autores mencionados, na literatura internacional, estima-se que os comportamentos de automutilação tendem a ser iniciados a partir dos 12 anos de idade; as automutilações em crianças abaixo dessa faixa etária costumam ser menos estudadas, não implicando que sejam menos prejudiciais. No Brasil, ainda não existem dados que

identifiquem a prevalência nacional e caracterização dos comportamentos autolesivos em quaisquer idades, o que dificulta a compreensão das especificidades desse fenômeno no território.

Dos inúmeros fatores de risco que se encontram associados à automutilação em crianças e adolescentes, vale ressaltar que sua descrição é feita em bases individual, familiar e social (Silva & Botti, 2017). De acordo com as autoras, os fatores de ordem individual referem-se a fatores psicológicos específicos, como depressão, ansiedade, consumo de álcool e outras drogas, preocupação com a orientação sexual e baixa autoestima. Os fatores de ordem familiar envolvem histórico familiar de tentativa de suicídio ou suicídio consumado, histórico de maltratos físicos, assédio, abuso físico e sexual, negligência emocional, separação dos pais, morar com apenas um dos pais e familiares com histórico de automutilação. Já os fatores de risco sociais são, principalmente, o isolamento social, bullying, baixa escolaridade e amigos com histórico de automutilação.

Apesar da importância de se ressaltar a ausência de intenção suicida nos comportamentos de automutilação, principalmente na população infantil e adolescente, também é de grande relevância notar que tais comportamentos e o suicídio estão indissociavelmente ligados (Guerreiro & Sampaio, 2013). A presença e repetição desses comportamentos podem indicar um fator preditor para o comportamento suicida no futuro (Brausch & Gutierrez, 2010, Brausch & Muehlenkamp, 2007; Duarte, Cruz & Oliveira, 2015; Vieira *et al.*, 2016), além de muitos dos indivíduos que relataram já terem realizado alguma tentativa de suicídio também relataram terem se engajado em práticas de automutilação em um momento prévio (Brausch & Gutierrez, 2010; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Nesse sentido, é essencial que sejam investigadas as consequências a longo prazo dos comportamentos de automutilação, predominantemente realizados na infância ou adolescência, a fim de contribuir para um melhor estado de saúde mental desses jovens, levando em consideração a compreensão do histórico de enfrentamento de adversidades de cada um.

Sabe-se que uma das três principais causas de morte de pessoas entre 15 a 44 anos de idade é o suicídio (Botega, 2014). Dessa forma, faz-se de extrema relevância social que o entendimento dos inúmeros fatores de risco para o suicídio, dentre eles a automutilação, seja trabalhado por todas as áreas de conhecimento, visando desenvolver formas de prevenção que se mostrem eficazes.

A literatura brasileira na área ainda é escassa quando se trata dessas temáticas no contexto da população adolescente e, principalmente, infantil. O presente trabalho teve como objetivo caracterizar os possíveis fatores de risco para desencadear práticas de autolesão em crianças e adolescentes, além de verificar se as categorias de comportamento em questão estão associadas ao desenvolvimento de ideias suicidas nessa faixa etária ou nas idades subsequentes. A hipótese para os resultados do estudo é a de que, em indivíduos adultos que apresentaram comportamentos autolesivos não-suicidas quando crianças ou adolescentes, a ideia suicida será indicada com mais frequência.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Participantes**

A intenção do estudo é realizar uma investigação de caráter qualitativo-descritivo, sendo os todos os participantes indivíduos maiores de dezoito anos de idade, de qualquer gênero, que já se engajaram em práticas de automutilação pelo menos uma vez entre o período da infância e adolescência.

A idade referente às realizações das práticas de automutilação foi dada de maneira a estar em conformidade com faixa etária na qual as automutilações sem intenção suicida predominam, visto que, quanto mais avançado está o indivíduo em seu desenvolvimento, menores as chances de realizar um comportamento de automutilação sem que haja uma intenção suicida por trás de seus atos, considerando o possível aumento das habilidades de regulação emocional e a ressignificação das experiências adversas de automutilação (Fonseca *et al.*, 2016; Oliveira, Amâncio & Sampaio).

Participaram da pesquisa 65 pessoas, maiores de 18 anos e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

#### **2.1.1. Triagem dos participantes**

O formulário prévio de triagem dos possíveis participantes obteve 203 respostas após divulgação via WhatsApp, Instagram e grupos do Facebook – tendo, este último, população mais diversa, visto que os grupos variaram entre temas universitários, vida cotidiana, entretenimento e grupos de suporte à prática de automutilação. Para estes grupos, foi pedida

a autorização de postagem do formulário aos administradores e/ou moderadores dos grupos antes da divulgação da pesquisa. O formulário obteve respostas entre outubro a dezembro de 2020.

Das 203 respostas totais ao formulário de triagem, apenas seis (3%) declararam ter até 17 anos de idade, caracterizando o primeiro impedimento de participação. Dos 197 indivíduos restantes na segunda etapa, dezesseis (8,1%) declararam nunca terem realizado atos de automutilação durante a infância e/ou adolescência, sendo excluídos dos critérios de participação. Em seguida, trinta e oito pessoas (21%) dos 181 indivíduos restantes declararam ainda realizar práticas de automutilação atualmente, também sendo excluídos dos critérios. A última questão eliminatória, referente ao atendimento psicológico atual ou prévio, excluiu vinte e cinco pessoas (17,5%) dos 143 indivíduos restantes. Todos os 118 indivíduos classificados para uma possível participação na pesquisa declararam estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destes, vinte e nove pessoas (24,5%) declararam desejar o acompanhamento via videochamada durante o preenchimento do questionário.

## **2.2. Instrumentos**

Com o objetivo de realizar a coleta de dados necessários ao estudo, foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário, que foi enviado por e-mail aos participantes e aplicado de forma *online* através da ferramenta Formulários *Google*, contendo, primeiramente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), expondo ao participante os benefícios e possíveis adversidades ocasionadas pela participação na pesquisa. Além disso, o questionário foi constituído de perguntas que abordam as temáticas da automutilação e da ideação suicida a partir de instrumentos já desenvolvidos que abordam os assuntos, possibilitando que posteriormente fosse feita uma análise das respostas dos participantes, de forma a verificar as associações entre os ambos os temas.

Por uma demanda do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), foi acrescentado um formulário adicional ao procedimento, prévio à aplicação do questionário, com o propósito de melhorar a filtragem de participantes e garantir mais segurança, visto que o questionário seria divulgado em redes sociais, permitindo o acesso de diversas pessoas que não se encaixassem nos critérios da pesquisa. O formulário em questão continha perguntas

que visavam confirmar se os interessados estavam dentro da faixa etária exigida para o estudo (no mínimo 18 anos de idade), se realizaram automutilações durante a infância e/ou adolescência, se ainda praticavam as automutilações e se os indivíduos já passaram ou estavam, no momento, passando por atendimento psicoterapêutico, sendo que estas duas últimas questões foram realizadas tendo em vista a minimização dos efeitos adversos da participação na pesquisa e manutenção do bem-estar dos participantes.

Este formulário de triagem inicial foi montado de forma que os indivíduos que escolhessem opções que não se enquadrassem às exigências da pesquisa foram impedidos de preenchê-lo até o final. Ao fim das perguntas de confirmação de critérios, foi pedido, no mínimo, uma forma de contato com o participante (endereço de *e-mail* ou número de telefone) e disponibilizada uma opção de acompanhamento de preenchimento do questionário com as pesquisadoras, via videochamada.

Desta forma, o formulário de triagem foi divulgado em grupos das redes WhatsApp, Facebook e Instagram, perante autorização dos administradores dos grupos, de maneira que o respondente apenas pudesse se inscrever como participante da pesquisa após passar por todas as etapas de seleção de encaixe aos critérios de inclusão. Uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi anexada a este primeiro formulário, com o intuito de reforçar o consentimento frente aos possíveis riscos e benefícios.

O questionário de coleta de dados foi composto, inicialmente, por mais uma cópia do TCLE e pelas mesmas perguntas de caráter confirmatório da triagem, a fim de garantir que as respostas do formulário anterior foram verídicas. Depois, foram feitas quatro perguntas de caracterização dos participantes, abordando idade, identidade de gênero, estado civil e região de moradia.

O instrumento utilizado no questionário foi uma versão adaptada ao formato *online* da Escala de Comportamentos de Autolesão (FASM – *Functional Assessment of Self-Mutilative Behaviors*) (Anexo 1), desenvolvido por Lloyd-Richardson, Kelley e Hope, em 1997, e traduzido e adaptado por Scivoletto e Giusti (Giusti, 2013). De acordo com Lloyd-Richardson, Kelley e Hope (1997), o instrumento, que inclui uma lista de comportamentos autolesivos, foi elaborado de forma a ter acesso aos aspectos dos comportamentos de automutilação através do autorrelato.

A partir dele, foi possível verificar os comportamentos para a automutilação mais utilizados pela amostra, além de confirmar se esses comportamentos foram feitos com ou sem intenção suicida, o tempo gasto planejando a automutilação, a influência do efeito de drogas e álcool durante o ato, a intensidade da dor e a idade do indivíduo ao começo das práticas. Além disso, o instrumento reúne uma lista de possíveis motivações para a automutilação, a qual o participante deveria responder em uma escala de 0 (nunca) a 3 (frequentemente).

Vale destacar que, no questionário online, o que foi dividido entre primeira e segunda perguntas, para fins de adaptação, é referente apenas à primeira pergunta do instrumento em sua versão original de aplicação presencial. Aqui, a segunda pergunta do formulário questionava a quantidade de vezes em que os comportamentos citados na primeira questão foram realizados, com opções entre nenhuma vez, uma a duas vezes, três a quatro vezes e cinco ou mais vezes.

Após a inserção das questões do instrumento, foram adicionadas ao questionário questões referentes à presença de ideação suicida e sua possível associação às automutilações: se o participante apresenta ou já apresentou pensamentos de morte ou vontade de não existir mais e se esses pensamentos tiveram início antes ou depois das práticas de automutilação. Também foi adicionado um espaço no qual os participantes poderiam escrever, caso quisessem e se sentissem confortáveis para isso, outras informações sobre suas experiências que considerassem importantes ao estudo.

Através do formato de participação *online*, foi possível abranger maior número de participantes no estudo e evitar restrições de público a apenas um padrão majoritariamente universitário do município de realização da pesquisa, diversificando e aumentando a amostra.

### **2.3. Procedimento**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Aprovado o projeto, foi dado início ao levantamento de dados, com a divulgação do formulário de triagem em redes sociais e envio do questionário a possíveis participantes via *e-mail*. Todas as respostas foram anônimas, a fim de respeitar a privacidade de todos os indivíduos envolvidos. Assim que o

formulário foi fechado para novas respostas, foi dado início ao procedimento de análise dos dados obtidos.

Antes de responder às questões do formulário, o participante deveria ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram apresentados os benefícios e riscos que o participante poderia obter com a participação na pesquisa. Tendo lido o termo, o participante deverá concordar com as informações explicitadas para dar prosseguimento ao formulário e preenchê-lo até o fim. Por ser um estudo que trata sobre uma forma de violência e experiências pessoais nessa temática, o participante poderia experimentar desconforto psicológico ao relembrar vivências prévias que o trouxeram sofrimento físico e/ou psíquico. Ademais, também poderia sentir cansaço durante o preenchimento das respostas do formulário.

Para ambos os casos, foi assegurado ao participante que ele poderia desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem ocasionar ou obter quaisquer danos ou prejuízos por sua desistência. O contato da pesquisadora responsável foi disponibilizado caso o participante queira receber algum tipo de acolhimento ao resgatar tais lembranças e, além disso, o formulário de triagem trazia uma opção na qual o participante poderia escolher ser acompanhado via videochamada durante o preenchimento do formulário, em casos de possíveis dúvidas ou acolhimentos necessários.

Também houve a possibilidade de encaminhamento do participante ao Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV), vinculado ao Departamento de Psicologia da UFSCar, a fim de que o participante que julgasse necessário pudesse obter tratamento terapêutico com profissionais especializados no acolhimento e atendimento de indivíduos em situações de violência.

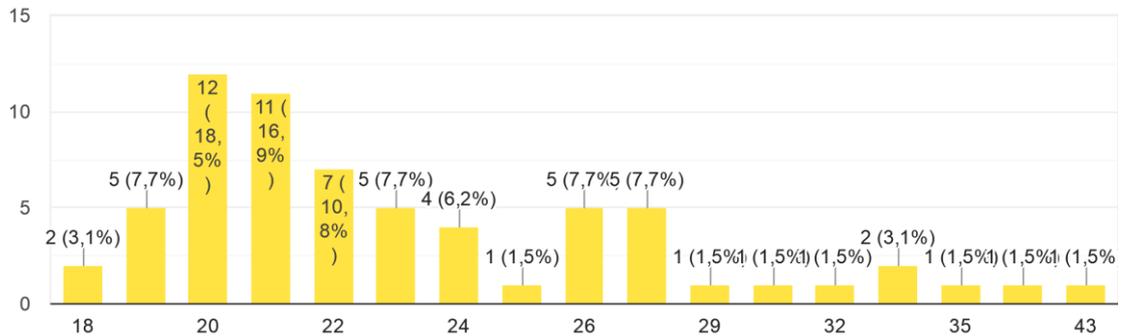
### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Caracterização dos participantes**

A figura a seguir apresenta a idade informada pelo(a)s participantes.

Quantos anos você tem?

65 respostas



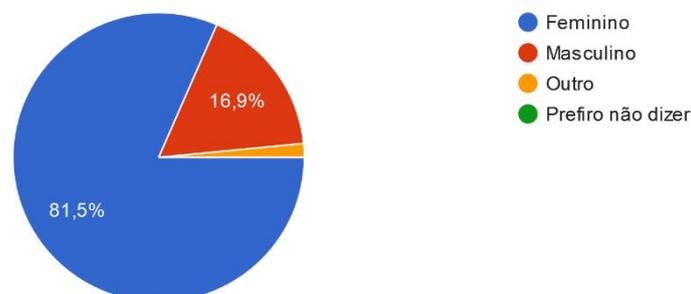
**Figura 1 – Idade informada pelo(a)s participantes.**

Na Figura 1 pode-se notar idades variando entre os 18 aos 43 anos. Representando a maior porcentagem, 18,5% declararam ter 20 anos no momento da pesquisa. Em seguida, 16,9% declararam ter 21 anos de idade. A idade que ocupou o terceiro lugar com relação à quantidade de participantes que a possuíam no momento do estudo foi de 22 anos, com 10,8% dos participantes. Assim, é possível dizer que a maior parte dos participantes se concentraram na idade dos 18 aos 22 anos (57% da amostra), enquanto 42,9% dos participantes restantes se encaixaram na faixa etária dos 23 aos 43 anos.

A Figura 2, a seguir, é apresenta a distribuição do(a)s participantes por gênero.

Com qual gênero você se identifica?

65 respostas

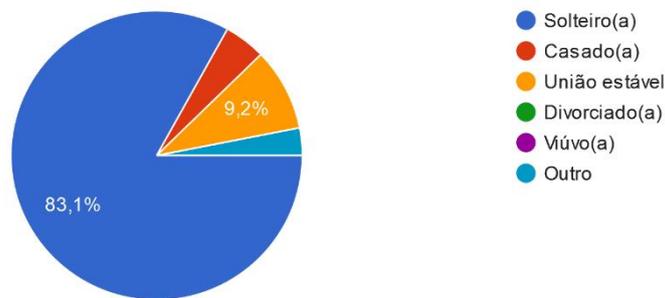


**Figura 2 – Distribuição do(a)s participantes por gênero.**

A grande maioria do(a)s participantes declarou-se do gênero feminino (81,5%), sendo que apenas uma pessoa (1,5%) declarou se identificar como outro gênero que não os citados acima, de forma que todos os indivíduos que responderam ao questionário consentiram em compartilhar sua identidade de gênero, não havendo respostas à opção “Prefiro não dizer”.

Referente ao estado civil dos participantes, os resultados encontram-se exibidos na Figura 3, a seguir:

Qual o seu estado civil?  
65 respostas



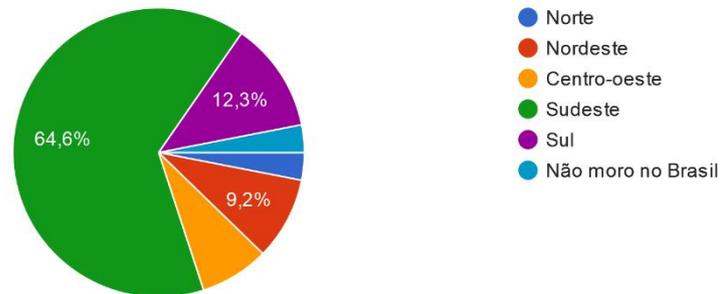
**Figura 3 – Estado civil declarado pelo(a)s participantes.**

A grande maioria do(a)s participantes do estudo (83,1%), afirmaram ser solteiro(a)s, seguidos por apenas seis pessoas (9,2%) que declararam estar em uma união estável. Houveram três participantes que informaram estarem casados (4,6%) e dois que disseram se encaixar em outro tipo de união que não as citadas acima. Portanto, nenhum dos participantes afirmou ser viúvo(a) ou divorciado(a).

A região de residência informada pelo(a)s participantes, também apresentou resultados diversos, mostrados na Figura 4:

Em qual região do Brasil você mora?

65 respostas



**Figura 4 – Região de residência informada pelo(a)s participantes.**

Os resultados demonstram uma maioria de residentes 42 na região sudeste do Brasil (64,6%), seguidos pela região sul (12,3%) e pela região nordeste (9,2%). O restante dos participantes dividiu-se entre região centro-oeste (7,7%), região norte (3,1%). 3,1% declararam não residir no Brasil no momento da pesquisa.

### 3.2. FASM

As perguntas que se seguiram eram respectivas ao Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM), adaptadas ao modelo online e direcionadas ao período da infância e adolescência, objetivo deste trabalho. A primeira pergunta do instrumento de Lloyd e colaboradores (1997) concerne aos diferentes tipos de comportamentos de automutilação, a fim de verificar se os participantes já realizaram, durante algum dos períodos mencionados, os atos de cada item e se foi necessária alguma intervenção médica de emergência, no caso de já terem realizado. Os resultados são exibidos na Tabela 1, a seguir.

**Tabela 1**

Tipos de automutilação realizadas

Tipo de automutilação	Sim	Não	Foi necessário algum tratamento médico?
Cortou ou fez vários pequenos cortes em sua pele	57	7	9
Bateu em você mesmo propositalmente	54	10	6
Arrancou seus cabelos	32	33	3

Fez uma tatuagem em si mesmo	8	57	0
Cutucou um ferimento	55	10	1
Queimou sua pele (por exemplo, com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)	20	45	1
Inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele	20	45	2
Mordeu você mesmo (por exemplo, sua boca ou lábio)	62	3	2
Fez vários arranhões em sua pele propositalmente	58	7	2
Esfolou sua pele propositalmente	25	40	3
Outros	15	50	1

Vale ressaltar que, por um erro técnico de digitação, o comportamento “Cutucou um ferimento” acabou não sendo transcrito para a segunda pergunta, o que pode apresentar efeitos sobre a precisão da pesquisa pela menor quantidade de dados sobre a prática em questão.

## **Tabela 2**

### Frequência de automutilações realizadas

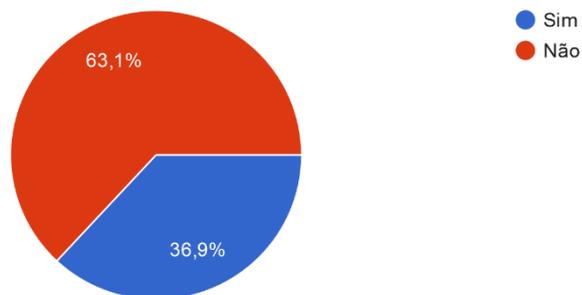
<b>Tipo de automutilação</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>1 a 2 vezes</b>	<b>3 a 4 vezes</b>	<b>5 ou mais vezes</b>
Cortou ou fez vários pequenos cortes em sua pele	7	4	17	37
Bateu em você mesmo propositalmente	10	4	17	34
Arrancou seus cabelos	33	6	8	17
Fez uma tatuagem em si mesmo	57	3	4	1
Queimou sua pele (por exemplo, com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)	45	10	5	5
Inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele	45	1	4	7
Mordeu você mesmo (por exemplo, sua boca ou lábio)	3	11	12	39
Fez vários arranhões em sua pele propositalmente	7	6	13	40
Esfolou sua pele propositalmente	40	6	6	13
Outros	50	7	2	7

De acordo com a Tabela 2 de resultados acima, os comportamentos de automutilação realizados com mais frequência foram os cortes, bater em si mesmo, mordidas e arranhões. Por outro lado, arrancar os cabelos, fazer uma tatuagem em si mesmo, queimar a pele, inserir

objetos sob a pele e esfolar a pele foram os menos frequentes, com a maioria de respostas encaixando-se na categoria “nenhuma vez”.

A terceira pergunta visava confirmar se a realização de algum dos comportamentos citados acima possuía uma intenção suicida no momento da prática. A maioria do(a)s participantes, 63,1% da amostra declarou não ter tido a intenção de tirar a própria vida ao realizar algum dos comportamentos autolesivos citados. Já os 36,9% da amostra restantes declararam ter tido, de fato, essa intenção, indicando que um ou mais dos comportamentos mencionados no instrumento poderiam possuir um potencial letal a ponto de se caracterizar como uma tentativa de suicídio, em alguns casos.

Quando fez algum dos atos acima, você o realizou com a intenção de tirar a própria vida?  
65 respostas



**Figura 5 – Intenção suicida nos comportamentos de automutilação**

A Figura 5 mostra a relação entre os participantes que tiveram e os que não tiveram intenção suicida ao se automutilarem.

A seguir, foi questionado a quantidade de tempo que o(a)s participantes gastavam pensando em realizar os atos mencionados anteriormente, antes de executá-los de fato. As respostas tiveram grande variedade, uma vez que as respostas eram dissertativas e houveram respostas nas quais mais da metade dos participantes que responderam a essa pergunta disseram gastar dias, horas, poucos minutos, ou mesmo, nem pensar antes de realizar os atos, a depender do momento e do que desencadeou o sentimento de necessidade de realizá-lo. Alguns exemplos de respostas mais curtas obtidas nessa questão são: “Às vezes no momento da raiva, às vezes ficava pensando por um longo tempo”, “Não pensava. Apenas fazia”, “Não me dava conta, involuntário”, “Creio que de 15 a 20 minutos”, “Pensava sobre isso o dia

inteiro e fazia de madrugada”. Quanto a algumas das respostas mais detalhadas, podem-se citar:

“Costumava pensar na automutilação constantemente, principalmente em períodos de grande estresse ou de intensa tristeza. Tentava me controlar ao máximo porque sabia que não era uma boa forma de lidar com meus sentimentos. Tentava controlar tanto que chegava um determinado momento que simplesmente perdia o controle e, quando percebia, já estava sangrando”

E:

“Na maioria das vezes fazia por impulso, em outras eu planejava, por exemplo: quando eu chegar da escola vou me cortar, ou quando meu pai/mãe sair eu vou me cortar”

As respostas que indicaram um tempo maior em pensamentos sobre automutilação frequentemente eram acompanhadas de um planejamento (por exemplo, esperar os pais saírem de casa, esperar a madrugada ou ao voltar da escola). Em contraste aos participantes que declararam sentirem um impulso para a automutilação e para os quais as práticas se tornaram automáticas, muitos participantes também relataram pensar nas automutilações o tempo todo, como ilustrados em: “Acho que não consigo estimar agora, mas lembro bem de ser um pensamento recorrente e que de fato havia um planejamento, uma reflexão prévia”, “A maior parte do tempo. Principalmente de noite e no banho”, “O tempo todo”.

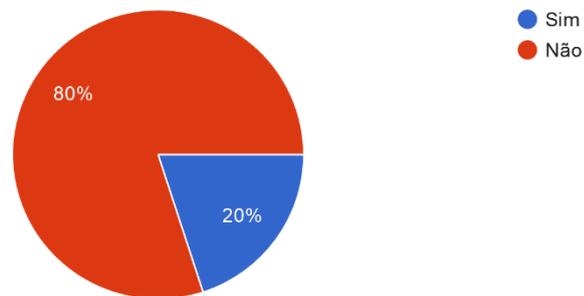
Outro ponto importante a ser ressaltado é a relação entre o planejamento das automutilações e a intenção suicida. Dois relatos diferenciaram a quantidade de tempo gasto quanto às automutilações com e sem intenção suicida:

“A primeira vez foi no momento que passei por um abuso físico e psicológico (tinha 7 anos). Eu sempre tinha o pensamento de surgir ou de sumir. Na segunda tentativa, fiquei uns 2 dias inteiros pensando em suicídio”

E:

“Para tentar suicidar-me tive que planejar meses e para automutilação era sem planejamento.”

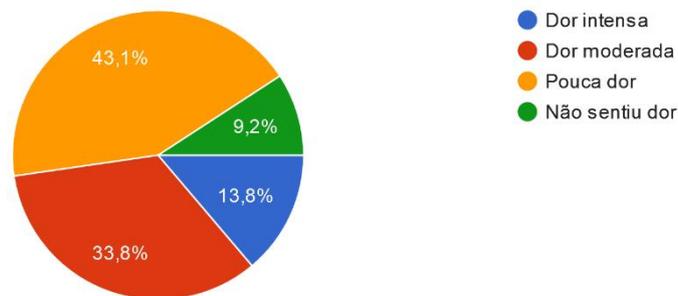
Você teve algum desses comportamentos quando estava sob efeito de drogas ou álcool?  
65 respostas



**Figura 6 – Automutilações sob efeito de drogas**

A figura 6 explicita a relação entre a automutilação e efeitos de drogas. Nota-se que a maior parte dos participantes (80%) declarou não estar sob efeitos de drogas lícitas ou ilícitas quando realizando os comportamentos de automutilação, enquanto apenas treze participantes da amostra declararam estar sob tais efeitos nos momentos em questão.

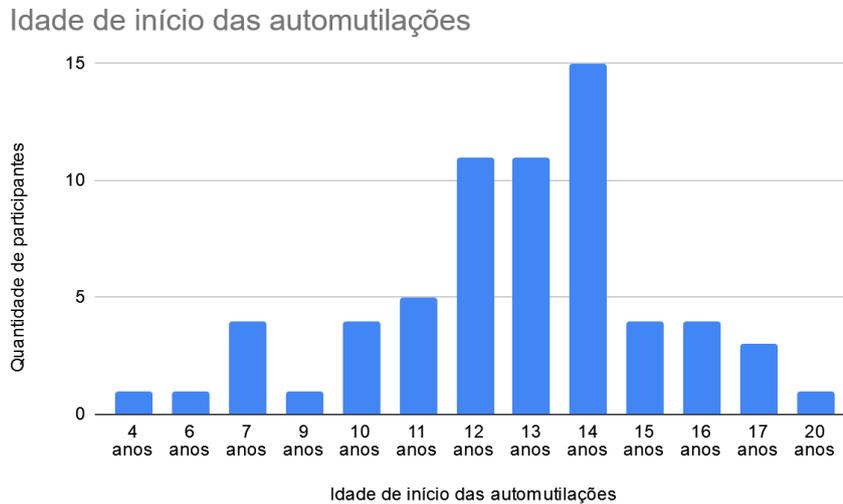
Você sentiu dor enquanto se feria?  
65 respostas



**Figura 7 – Dor ao se automutilar**

Quanto à percepção de dor nos momentos de automutilações, o gráfico na Figura 7, acima, evidencia respostas distintas na amostra. A pergunta continha respostas de múltipla escolha que variavam entre dor intensa, dor moderada, pouca dor ou nenhuma dor. A maior parte das respostas concentrou-se na percepção de pouca dor, marcada por vinte e oito participantes. Em seguida, a dor moderada ocupa o segundo lugar entre as percepções de dor

nas automutilações, marcada por 43,1% do(a)s participantes. A percepção de dor intensa foi marcada por nove participantes e apenas seis indivíduos afirmaram não sentirem nenhuma dor no momento das práticas de autolesão.



**Figura 8 – Faixa etária ao início das práticas de automutilação**

A questão acerca da idade de início das automutilações da versão adaptada do FASM trata-se de uma pergunta originalmente discursiva, na qual foram aceitas, na versão online, apenas números na resposta, a fim de simplificar a análise dos resultados sem, no entanto, limitá-las. As idades nas respostas variaram entre quatro a 20 anos de idade. As idades que mais concentraram inícios de práticas de automutilação e apresentaram picos no gráfico da Figura 8, que exhibe os resultados da pergunta, foram entre os 12 aos 14 anos. Ainda, é válido destacar aqui a ocorrência do início das automutilações em crianças da faixa etária entre quatro a 12 anos de idade, a qual, ainda que mais baixa do que outras frequências em idades mais avançadas, é significativa. Similarmente, vale mencionar os valores semelhantes em porcentagem nos inícios de automutilação em crianças de 7 e 10 anos de idade, que também chamam atenção no gráfico.

### **Tabela 3**

#### Razões para práticas de automutilação

Razões para as práticas de automutilação	Frequência			
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
Para não ir à escola, trabalho ou outras atividades	55	7	3	-
<b>Para aliviar sensações de "vazio" ou indiferença</b>	1	5	15	<b>44</b>
Para chamar atenção	36	19	3	6
<b>Para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor</b>	5	7	23	<b>30</b>
Para evitar ter que fazer algo "chato", que você não queria fazer	61	1	3	-
Para controlar uma situação	25	11	12	17
Para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa	44	9	7	5
Para receber mais atenção dos pais ou amigos	43	10	5	7
Para evitar estar com outras pessoas	53	6	5	1
<b>Para se castigar</b>	6	7	15	<b>37</b>
Para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse	47	4	7	7
Para se parecer com alguém que você respeita	59	2	3	1
Para evitar ser punido ou assumir as consequências	59	5	-	1
<b>Para parar sentimentos/sensações ruins</b>	5	3	12	<b>45</b>
Para mostrar aos outros o quão desesperado você estava	34	14	6	11
Para se sentir fazendo parte de um grupo	58	4	2	1
Para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você	49	6	4	5
Para fazer algo quando está sozinho	44	10	4	7
Para fazer algo enquanto está com outros	62	3	-	-
Para pedir ajudar	37	8	10	10
Para deixar os outros com raiva	61	2	2	-
Para sentir-se relaxado	23	13	11	18
Outro	53	4	2	6

Além dos outros fatores investigados através do instrumento, já mencionados e expostos nos parágrafos, tabelas e imagens anteriores, o FASM também busca detalhes acerca das razões ou motivações para a realização das automutilações. No instrumento, são listadas vinte e duas possibilidades de motivações, as quais os participantes deveriam responder todos os itens e marcar a frequência da motivação em questão entre “nunca”, “raramente”, “às vezes” ou “frequentemente” em todos eles. Observa-se que os motivos mais frequentemente declarados foram “Para aliviar sensações de ‘vazio’ ou indiferença”, “Para

sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor”, “Para se castigar”, e “Para parar sentimentos ou sensações ruins”. Apesar disso, as outras alternativas também explicitaram variedade de respostas, como mostrado na Tabela 3.

Em seguida, foi perguntado aos participantes se já haviam praticado outros comportamentos de automutilação além dos citados no questionário até então. As respostas dos participantes que responderam a essa pergunta foram diversas e vale ressaltar a influência da subjetividade de cada sujeito ao considerá-las ou não como comportamentos de automutilação.

Os comportamentos que tiveram maior ocorrência nos relatos (mencionados mais de uma vez por participantes diferentes) estão distribuídos na Tabela 4, abaixo.

**Tabela 4**

Quantidade de menções a automutilações adicionais

<b>Comportamento realizado</b>	<b>Quantidade de relatos em que foi mencionado</b>
Ingestão de remédios em excesso	4
Morder a própria boca/bochechas	3
Bater a cabeça na parede	2
Unhar a si mesmo ou fincar as unhas na pele	3
Beliscões	4
Jejum em excesso	3
Bater na parede	2

Dentre as outras respostas obtidas, podem-se citar tentativas de enforcamento ou sufocação, uso de drogas recreativas, esfregar as mãos ou outras partes do corpo na parede ou no chão, puxar e apertar partes menores do corpo, arranhões, dobrar as unhas até sentir dor e quebrar, roer as unhas ao ponto de sangrar, deixar feridas do corpo inflamarem para sentir dor, tentativas e realização de cortes, dar socos em si mesmo(a), uso de roupas e faixas apertadas ao ponto de cortar e ferir a pele, indução de vômitos e episódios de raiva.

Também foram questionados se houberam razões adicionais para as práticas de autolesão, que não haviam sido citadas. Os motivos que apareceram com mais frequência nos relatos (mencionados mais de uma vez em relatos de participante diferentes) estão descritos na Tabela 5.

**Tabela 5**Quantidade de menções a motivos adicionais

Motivo mencionado	Quantidade de relatos em que foi mencionado
Evitar o suicídio	2
Ansiedade/controle da ansiedade	3
Estresse e autocobranças	2
Influência de amigos ou redes sociais	3*
Falta de estratégias de enfrentamento	5
Baixa autoestima	3

\* Um desses relatos tratava-se, especificamente, da automutilação para evitar que seu companheiro se automutilasse de forma mais grave, para que ele entendesse o quão doloroso era ver seu parceiro se mutilando.

Dentre as outras respostas individuais nessa questão, podem-se citar os sintomas de depressão após o efeito de cocaína, por querer morrer, diminuir a tentação de tomar remédios, vergonha e ódio ao próprio corpo, vídeos de gatilhos (maus tratos animais, neste caso), dores emocionais, não-aceitação da sexualidade pelos pais, necessidade de sentir-se vivo, não se aceitar em seu próprio corpo (disforia sexual), raiva, ódio, evitar falar sobre problemas e machucar a quem ama e frustração com fim de relacionamento.

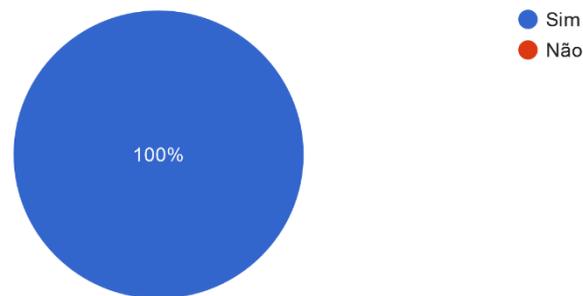
Cabe destacar, ainda, que estas duas últimas perguntas também faziam parte da adaptação do instrumento ao modelo *online*, uma vez que as estruturas em grade das alternativas no modelo não suportavam respostas dissertativas em conjunto. Esse foi o motivo pelo qual encaixaram-se perguntas adicionais ao decorrer do questionário, em uma tentativa de minimizar os possíveis erros de aplicação do instrumento e análise das respostas.

### 3.3. Questões adicionais

As perguntas a seguir foram adicionadas ao formulário com o objetivo de articular, na discussão e análise de dados da pesquisa, os dados obtidos sobre as automutilações e a presença ou não de ideação suicida, além de informações adicionais que os participantes julgassem importantes.

Na Figura 9 são apresentadas as respostas do(a)s participante quanto à presença de ideação suicida em algum momento de sua vida.

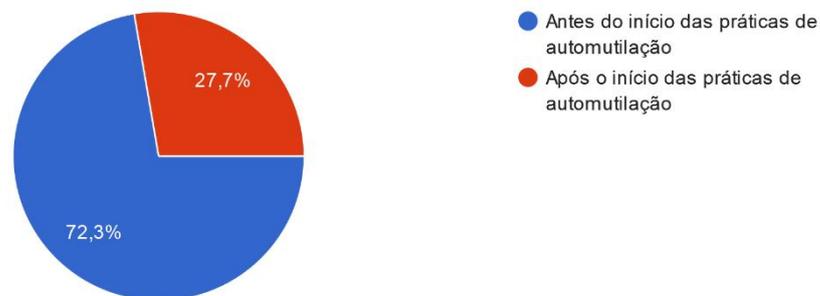
Você apresenta ou já apresentou pensamentos de morte ou vontade de não existir mais?  
65 respostas



**Figura 9 – Presença de ideação suicida**

Posteriormente, foi perguntado aos participantes quando esses pensamentos de morte e intenção suicida tiveram início, com duas alternativas que resumiam este começo entre dois momentos: antes ou após o início das práticas de automutilação. A figura 10, a seguir, traz a relação entre as respostas de acordo com os momentos citados.

Se sim, quando esses pensamentos tiveram início?  
65 respostas



**Figura 10 – Início de ideação suicida**

É possível observar que, a partir destas duas questões, todos os participantes da amostra relataram ter tido ou ainda terem pensamentos de morte que, em sua maioria (72,3%) se iniciaram antes mesmo do início das práticas de automutilação.

Em relação a comentários ou experiências que porventura o(a)s participantes quisessem contar como contribuição ao estudo, foram obtidas trinta e cinco respostas sendo que, muitos deles apresentaram detalhes sobre suas experiências pessoais. Alguns dos temas abordados foram: repercussões das automutilações, relações com os familiares, fatores que

contribuíram com o sofrimento mental (como racismo, bullying, sensação de não pertencimento, abuso físico, psicológico e sexual, dificuldade em controlar pensamentos), presença de transtornos psicológicos na família, diagnósticos dos participantes e transtornos alimentares estiveram presentes nas informações apresentadas pelos sujeitos do estudo.

É importante ressaltar, também, que em muitos desses relatos foram abordadas as intenções e tentativas suicidas como acontecimentos posteriores ou concomitantes à fase da infância e adolescência. Dos 35 relatos no total, oito mencionavam tentativas prévias de suicídio e 11 mencionavam vontade ou desejo de morrer; seis mencionavam transtornos psiquiátricos, psicológicos ou alimentares; seis outros relatos mencionavam abuso físico/psicológico/sexual por familiares e três relatos mencionavam isolamento social e/ou bullying.

#### **4. DISCUSSÃO**

Os resultados alcançados a partir do formulário corroboraram fortemente e em grande parte com a literatura já existente acerca do estudo da automutilação e suas formas, fatores de influência, motivações e outros aspectos relacionados.

A primeira convergência em relação a diversos estudos sobre a automutilação refere-se ao gênero e idade dos praticantes. Mais de 80% do(a)s participantes do presente estudo declararam se identificar com o gênero feminino e a maior parte das idades de início das automutilações concentrava-se na adolescência, na faixa dos 12 aos 14 anos de idade, em concordância com dados constatados em estudos internacionais, de acordo com Silva e Botti (2018). Com relação à idade de início das práticas de automutilação em específico, Hawton, Saunders e O'Connor (2012) predisseram, com base na literatura internacional, que tais práticas tendiam a ter início a partir dos 12 anos de idade. Como foi observado aqui, ainda que em níveis menores, também existem dados de início de automutilações antes dessa faixa etária, a partir dos quatro anos de idade, implicando que, de fato, a automutilação infantil é um fenômeno que merece mais atenção da comunidade científica.

Em seguida, é possível observar uma segunda aproximação com a literatura no que se refere à falta de notificações das automutilações e conseqüente falta de acesso à real prevalência dessas práticas pelas instituições de saúde (Monteiro et al., 2015; Silva & Botti, 2018), representada aqui pelo baixo número de tratamentos médicos em relação à quantidade

de comportamentos de automutilação realizados, apresentados na Tabela 1. Pode-se relacionar estes dados ao fato de que as automutilações, em geral, não são realizadas com intenção suicida e, portanto, tendem a ser menos letais, exigindo menos intervenções médicas de urgência.

Em consonância com os estudos de Fonseca e colaboradores (2016) e Yaryura-Tobias e colaboradores (1999), os resultados aqui alcançados mostram que mais da metade das práticas de automutilação realizada pelo(a)s participantes não foi feita com um intuito suicida, como pode ser observado na Figura 5. No entanto, vale ressaltar que é significativa a porcentagem de participantes que declararam terem se automutilado com essa intenção, ainda durante a infância e/ou adolescência, o que pode ser considerado mais um indicativo da associação entre ideação suicida e práticas de automutilação, corroborando com os argumentos de Guerreiro e Sampaio (2013).

Apesar de estudos como o de Silva e Botti (2017) indicarem uma relação entre a automutilação e o consumo de álcool ou outras drogas, percebe-se aqui que, no momento de realização dos atos, a maior parte do(a)s participantes (80% da amostra) afirmou não estar sob o efeito destes, indicando que, ainda que essa relação exista, as práticas de automutilação possuem um fator que oscila entre o planejamento dos atos e a impulsividade, como demonstrado na Figura 6 e, também, nos relatos sobre o tempo gasto antes das práticas. Um possível motivo para esse resultado é a idade do(a)s participantes na época em que se engajavam nas automutilações, para a qual o controle ao acesso ao álcool e outras drogas, em geral, costuma ser mais rígido.

Como é possível observar na Figura 7, a maior parte do(a)s participantes relataram sentir dor leve a moderada durante as práticas de automutilação. Tal resultado está em concordância com o estudo de Vieira e colaboradores (2016), sendo que apenas 13,8% da amostra afirmou sentir dor intensa. O estudo mencionado obteve porcentagens semelhantes quanto ao questionamento da percepção de dor nos momentos de automutilação, indicando uma possível generalização da percepção da dor da automutilação, uma vez que os resultados do estudo de Vieira *et al.* também diferenciam a percepção desses mesmos níveis de dor em contextos que não os de crise.

Quanto às motivações para os atos de automutilação, o presente estudo apresentou resultados em conformidade com os dados já expostos na literatura sobre o tema. Tanto as razões assinaladas no Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) quanto muitas das

razões adicionais apresentadas pelo(a)s participantes evidentemente se relacionam com motivos já conhecidos: regulação emocional, controle de sentimentos ou emoções e escassas estratégias de enfrentamento a adversidades emocionais (Carvalho et al., 2017; Trinco & Santos, 2017; Garreto, 2015). Sob o prisma da perspectiva comportamental, também pode-se citar a intenção de transformar o ambiente social como uma motivação válida, ainda que menos frequente do que as motivações relacionadas à realidade interna do(a)s participantes, como também foi observado por Nock e Prinstein (2004).

Ainda acerca das motivações para o engajamento nas práticas de automutilação, observa-se que algumas das razões apresentadas discursivamente pelo(a)s participantes misturam-se principalmente aos fatores de risco da dimensão individual descritos em Silva e Botti (2017), como, por exemplo: a ansiedade, o consumo de álcool e demais drogas, baixa autoestima e repercussões sobre sua orientação sexual e identidade de gênero. Fatores de risco da dimensão social também foram identificados na influência de amigos ou redes sociais, ainda que em menor frequência.

Como já brevemente mencionado anteriormente, é interessante salientar, em relação à pergunta discursiva sobre comportamentos de automutilação não contemplados no questionário, a influência da subjetividade do(a)s participantes ao considerar um comportamento como sendo de automutilação ou não. Atitudes como uso de drogas recreativas, ingestão excessiva de medicamentos ou jejum em excesso comumente não são indicados como automutilações e sim, com maior frequência, como fatores de risco para essa conduta ou como sintomas associados a diferentes transtornos de ordem psicológica. No entanto, como foi justificado por alguns participantes, caracterizavam-se como comportamentos os quais julgavam como automutilação por trazerem prejuízos de forma consciente a si mesmos.

Possivelmente, o fato que chama maior atenção no atual estudo seja a presença de ideação suicida em 100% dos participantes, como apresentado na Figura 9, caracterizada aqui como pensamentos de morte ou vontade de não existir. Este dado reforça as informações apresentadas por diversos autores acerca da proximidade entre os comportamentos de automutilação e possíveis comportamentos suicidas no futuro (Brausch & Gutierrez, 2010, Brausch & Muehlenkamp, 2007; Duarte, Cruz & Oliveira, 2015; Vieira *et al.*, 2016), levando em consideração que a ideação suicida é classificada como um fator de risco notável para a ocorrência dos comportamentos em questão.

Outra informação significativa a ser apontada é a maior porcentagem de inícios dos pensamentos suicidas antes do início das práticas de automutilação, podendo ser verificada na Figura 10. Tal dado reitera a afirmação de Yaryura-Tobias e colaboradores (1999), o que pode se caracterizar como um forte indicativo de que os indivíduos ao se automutilarem, apesar da presença da ideação suicida, não o fazem como uma tentativa consciente de suicídio – alguns inclusive realizando a automutilação como uma estratégia para evitar o suicídio, como observado em alguns relatos dados pelo(a)s participantes do estudo.

No entanto, o fato também se caracteriza como um indicativo da aproximação entre comportamento de automutilação e possíveis comportamentos suicidas no futuro, confirmando novamente os argumentos de autores e estudos já mencionados (Brausch & Gutierrez, 2010, Brausch & Muehlenkamp, 2007; Duarte, Cruz & Oliveira, 2015; Vieira *et al.*, 2016). Este dado também se constitui como um agravante da problemática da automutilação, uma vez que mais da metade dos participantes declarou ter iniciado as automutilações antes dos 14 anos de idade, indicando, por consequência, uma quantidade considerável de crianças com ideação suicida.

A última questão do formulário forneceu diversos relatos que, ainda que tenham sido individuais e variados, foram essenciais para o estudo da automutilação e suas particularidades. Muitos deles também evidenciam semelhanças com os fatores de risco de ordem familiar citados por Silva e Botti (2017), tais como presença de transtornos psicológicos na família, conflitos ou abusos psicológicos familiares (como, por exemplo, familiares ridicularizando tentativas de suicídio de outras pessoas ou desafiando a pessoa a se suicidar por saber de seus pensamentos suicidas), violência física e sexual. Além disso, os fatores de risco sociais (Silva & Botti, 2017) também estiveram presentes nos relatos que mencionavam isolamento social, solidão e bullying escolar – além da influência de amigos e companheiros com histórico prévio de automutilação que foi declarada em etapas anteriores do formulário.

Por fim, a mesma questão também permitiu relatos em quantidade significativa de tentativas prévias de suicídio do(a)s participantes, tema que não foi diretamente abordado ao longo do formulário. Dessa forma, os relatos também nos proporcionaram informações adicionais sobre comportamentos suicidas que não foram objeto de estudo da pesquisa, mas que também mostraram estar fortemente relacionados à compreensão dos comportamentos de automutilação. Assim, é possível dizer que o estudo corroborou também com outras

afirmações provenientes de outros autores sobre o assunto, que encontraram hábitos anteriores de automutilação em indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio (Brausch & Gutierrez, 2010; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da aplicação do Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM), articulado aos temas principais desta pesquisa, foi possível constatar que muito das informações disponíveis na literatura científica sobre o assunto estão em concordância com os dados aqui alcançados. Apesar da consonância entre resultados, pouco se fala sobre as possíveis relações entre os comportamentos de automutilação e os comportamentos suicidas, de modo que a gravidade de casos de automutilação frequentemente pode ser menosprezada tendo em vista a falta de uma intenção suicida nas ocasiões das práticas de autolesão propriamente ditas.

Neste estudo, não foram investigados diretamente muitos dos outros fatores que possuem prováveis relações com o comportamento de automutilação, como a presença e diagnóstico de transtornos psiquiátricos de ansiedade, humor, dissociativos ou de personalidade, tentativas de suicídio anteriores ou posteriores ou percepções dos indivíduos sobre a automutilação em diferentes períodos da vida, mas estes acabaram por ser brevemente abordados na apresentação das narrativas de alguns participantes. A partir dele, pode-se perceber o quanto a saúde mental infantojuvenil necessita de mais atenção da comunidade acadêmica e de intervenções pelas áreas da saúde, uma vez que foram relatados inícios de práticas de automutilação desde idades muito baixas e de tentativas de suicídios subsequentes em uma quantidade considerável de participantes. A realização de mais estudos envolvendo a investigação desses fatores, articulados às experiências prévias de automutilação seriam de grande importância para a compreensão deste fenômeno.

Podem ser feitas, ainda, algumas ressalvas sobre o instrumento aqui utilizado. Por ser um instrumento construído há cerca de 20 anos, o FASM (1997) não abrange alguns fatores interessantes que poderiam ter relação com as práticas de automutilação na infância e adolescência, como questões relacionadas à sexualidade e gênero como possíveis motivações para o desencadeamento dessas práticas. Apesar disso, pode ainda ser considerado um instrumento adequado para a investigação dos comportamentos de automutilação, suas motivações e questões relacionadas.

Reforça-se, novamente, a importância dos estudos deste assunto e da criação de intervenções para a população infantojuvenil que possam ajudar na formulação de estratégias de enfrentamento emocionais mais adequadas e viáveis para essa faixa etária. Infelizmente, alguns fatores de risco ainda estão distantes de serem amenizados ou controlados por variáveis externas e, por isso, a educação e as habilidades emocionais fazem-se tão necessárias em tais contextos, podendo mesmo constituírem-se como fatores cruciais para que vidas sejam salvas no futuro.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 e saúde coletiva**, v. 22, n. 9, pp. 2841-2850.

Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. **Body Image** 4, pp. 207-212.

Brausch, A. M., Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. **J Youth Adolescence**, v. 39, pp. 233-242.

Carvalho, C. B., Motta, C. da, Sousa, M., Cabral, J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, pp. 252-262.

Chávez-Flores, Y. V., Hidalgo-Rasmussen, C. A., Yanez-Peñúñuri (2019). Assessment tools of non-suicidal self-injury in adolescents: 1990-2016: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.8, pp. 2871-2882.

Duarte, V. M., Cruz, M. M., Oliveira, B. (2015). Comportamentos autolesivos na adolescência e disfunção familiar: relato de caso. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 31, pp. 401-405.

Fonseca, N. P. H. da, Silva, C. A., Araújo, L. M., Botti, N, C, L. (2016). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 70, n.3, pp. 246-258.

Garreto, A. K. R. (2015). **O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação** (dissertação). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Giusti, J. S. (2013). **Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo** (tese). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Guerreiro, D. F., Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev Port Saúde Pública**, v. 31, n. 2, pp. 204-213

Hawton, K., Saunders, K. E. A., O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. **Lancet**, v. 379, pp. 2373-82

Lloyd-Richardson, E. E., Kelley, M. L., Hope, T. (1997). **Self-mutilation in a community sample of adolescents** (dissertation). Louisiana State University, Louisiana, EUA.

Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 5, pp. 1741-1750

Monteiro, R. A., Bahia, C.A., Paiva, E. A., Sá, N. N. B., Minayo, M. C. S. (2015). Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, pp. 689-700

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

Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. **Am J Psychiatry**, v. 162, pp. 1328-1335.

Oliveira, A., Amâncio, L., Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. **Análise Psicológica**, v. 19, pp. 509-521.

Organização Mundial da Saúde (1996). WHO Global Consultation on Violence and Health. In **World Report on Violence and Health**, Geneva, Suíça.

Organização Mundial da Saúde (2002). **World Report on Violence and Health**, Geneva Suíça.

Otto, S. C., Santos, K. A. dos (2016). O Tumblr e sua relação com as práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. **Psic. Rev. São Paulo**, v. 25, n. 2. pp. 265-288.

Silva, A. C., Botti, N. C. L. (2017). Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.18, pp. 67-76.

Silva, A. C., Botti, N. C. L. (2018). Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual Facebook. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 14, n. 4, pp. 203-210

Trinco, M. E., Santos, J. C. (2017). O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. spe. 5, pp. 63-68

Vieira, M. G., Pires, M. H. R., Pires, O. C. (2016). Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors. **Rev Dor**, São Paulo, v. 17, n. 4, pp. 257-60.

Yaryura-Tobias, J. A., Mancebo, M. C., Neziroglu, F. A. (1999). Clinical and theoretical issues in self-injurious behavior. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n.3, pp. 178-183

## ANEXO 1

### FASM – Functional Assessment of Self-Mutilation Behaviors

*Versão original de Lloyd, Kelley & Hope, 1997  
Traduzida por Scivoletto, S., 2005 com autorização dos  
autores*

<b><u>No ano passado</u>, você praticou alguns dos seguintes comportamentos (responda todos os itens):</b>	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



## APÊNDICE 1

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo “Investigações acerca da associação entre a automutilação e ideações suicidas na infância e adolescência”, projeto de pesquisa realizado por mim, Victoria Caroline Cruz Alves, e orientado pela Profa. Dra. Rachel de Faria Brino, do departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

Os participantes desta pesquisa devem ser pessoas maiores de 18 anos de idade que já experienciaram comportamentos de automutilação entre a infância e a adolescência, pelo menos uma vez. O objetivo desse estudo é caracterizar motivações e possíveis fatores que possuem função de risco para desencadear práticas de autolesão em crianças e adolescentes, além de verificar se as categorias de comportamento em questão estão associadas ao desenvolvimento de ideações suicidas nessa faixa etária ou nas idades subsequentes. Sua participação será anônima e consistirá em responder a um questionário com questões básicas, como idade, gênero, um instrumento sobre comportamentos de autolesão, questões sobre pensamentos de morte e, caso deseje, poderá fazer um comentário ou relatar alguma outra experiência envolvendo esse tipo de comportamento que acredite que não tenha sido contemplada no instrumento.

O tempo estimado de preenchimento do questionário é de 15 minutos. É assegurado que poderá encerrar a sua participação a qualquer momento no decorrer da pesquisa, sem sofrer quaisquer penalidades ou constrangimentos com relação à pesquisadora, à Universidade Federal de São Carlos ou quaisquer instituições envolvidas como consequência. Também é assegurado o seu direito de pedir qualquer esclarecimento necessário sobre a pesquisa, a qualquer momento. Vale pontuar que esta pesquisa não requer nenhum gasto financeiro dos participantes.

A participação nesta pesquisa pode causar fadiga por conta do tamanho do questionário e, considerando seu tema delicado, possível desconforto ou angústia psíquica por resgatar lembranças e/ou experiências pessoais desagradáveis. Este trabalho foi planejado de forma a minimizar a ocorrência de tais riscos, no intuito de evitar qualquer desconforto ou constrangimento que possa causar algum efeito nocivo a você, firmando o compromisso ético de zelar pelo respeito e dignidade de qualquer participante da pesquisa.

Entretanto caso haja alguma reação negativa e/ou nociva proveniente de sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora que está capacitada para acolhê-lo(a) de maneira a o tranquilizar, sendo possível, também, a providência de atendimento psicológico por meio de encaminhamento para o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV) da UFSCar, que conta com psicólogos e estagiários capacitados para tal intervenção.

No entanto, a colaboração com o estudo também pode gerar benefícios ao participante, tais como a reflexão sobre o tema abordado e sobre suas implicações, para a produção de conhecimento científico na área e elaboração de possíveis intervenções futuras visando amenizar os problemas identificados. Não somente ao conhecimento científico a compreensão dos fenômenos abordados pode ser proveitosa, mas também ao entendimento da população geral sobre tais temas, visto que são pouco discutidos entre as pessoas e muitas vezes tratados como tabu, fazendo com que as pessoas que sofrem frequentemente com tais comportamentos sejam invisibilizadas. Abaixo estão os dados das pesquisadoras responsável e assistente; você poderá entrar em contato caso tenha alguma dúvida ou para pedir possíveis indicações de acompanhamento psicológico especializado.

Victoria Caroline Cruz Alves – (11) 97104-1930

[vic.calves@gmail.com](mailto:vic.calves@gmail.com)

Rachel de Faria Brino – (16) 99713-5737

[chelbrino@yahoo.com.br](mailto:chelbrino@yahoo.com.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)