

## ARTIGOS

# Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes

Paulo Henrique Nogueira da Fonseca<sup>I</sup>

Aline Conceição Silva<sup>II</sup>

Leandro Martins Costa de Araújo<sup>III</sup>

Nadja Cristiane Lappann Botti<sup>IV</sup>

---

Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a frequência e as características da autolesão entre adolescentes. **Métodos:** Estudo exploratório, transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída de 517 adolescentes de 10 a 14 anos, matriculados em quatro escolas estaduais do município de Divinópolis, Minas Gerais. Para a coleta de dados foi aplicada a Escala de Comportamento de Autolesão (ECA) (*Functional Assessment of Self-Mutilation*). Foram utilizados os critérios adotados pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5) para considerar a frequência da autolesão. **Resultados:** 9,48% dos participantes relataram autolesão no último ano. Os principais motivos apontados para a autolesão foi aliviar sensações de vazio ou indiferença e cessar sentimentos ou sensações ruins. **Conclusão:** Atenta-se para o número de adolescentes que praticam a autolesão, a predominância entre o público feminino e a função principal de regulação emocional para justificar o comportamento.

**Palavras-chave:** Adolescente; Autolesão; Saúde Mental.

---

Non-suicidal self-injury intent among adolescents

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the frequency and characteristics of self-injury among adolescents. **Methods:** Exploratory, transversal, descriptive study with quantitative approach. The sample consisted of 517 adolescents aged 10 to 14 years, enrolled in four state schools in the city of Divinópolis, Minas Gerais. For data collection, the Functional Assessment of Self-Mutilation (ECA) was applied. The criteria adopted by the Statistical Manual and Diagnosis of Mental Disorders (DSM-5) were used to consider the frequency of self-injury. **Results:** 9.48% of the participants reported self-injury in the last year. The main reasons cited for self-injury were relieving feelings of emptiness or indifference and ceasing feelings or bad feelings. **Conclusion:** It is

important to consider the number of adolescents practicing self-injury, its predominance among the female audience, and the main function of emotional regulation to justify this behavior..

**Keywords:** Adolescent; Self-injury; Mental Health.

---

Autolesión sin intención suicida entre adolescentes

## RESUMEM

Objetivo: Evaluar la frecuencia y las características de la autolesión entre adolescentes. Métodos: Estudio exploratorio, transversal, descriptivo con abordaje cuantitativo. La muestra fue constituida de 517 adolescentes de 10 a 14 años, matriculados en cuatro escuelas estatales del municipio de Divinópolis, Minas Gerais. Para la recolección de datos se aplicó la Escala de Comportamiento de Autolesión (ECA) (*Functional Assessment of Self-Mutilation*). Se utilizaron los criterios adoptados por el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-5) para considerar la frecuencia de la autolesión. Resultados: 9,48% de los participantes reportaron autolesión en el último año. Los principales motivos apuntados para la autolesión fueron aliviar sensaciones de vacío o indiferencia y cesar sentimientos o sensaciones malas. Conclusión: Se atenta al número de adolescentes que practican la autolesión, la predominancia entre el público femenino y la función principal de regulación emocional para justificar el comportamiento.

**Palabras clave:** Adolescente; Autolesión; Salud Mental.

---

## Introdução

A frequência de autolesão entre adolescentes é elevada tanto na população em geral quanto nas amostras psiquiátricas, e embora não seja um fenômeno novo, há escassa oferta de tratamentos comprovados (Klonsky, Glenn, Styler, Olino, & Washburn, 2015). A autolesão representa qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio, não aceita socialmente em meio a sua própria cultura e nem para exibição (Giusti, 2013). Os comportamentos autolesivos mais comuns são cortes superficiais na pele, arranhões, mordidas, queimaduras, bater partes do corpo contra a parede e enfiar objetos pontiagudos no corpo (Cedaro, & Nascimento, 2013).

Atualmente, na quinta versão do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), a autolesão não suicida aparece como uma dimensão diagnóstica independente. No entanto, foi colocada na sessão III, na categoria dos transtornos que necessitam de mais pesquisas e revisão dos seus critérios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014).

Na literatura, as funções ou motivos que levam à autolesão apresentam divisão por fatores teóricos. Nock e Prinstein (2004) propuseram um modelo de quatro fatores, considerando duas dimensões dicotômicas: a dimensão intrapessoal, reforçando automaticamente o comportamento de autolesão, e a dimensão social, em que o reforço é

ocasionado na tentativa de alterar o ambiente. Essas duas dimensões são subdivididas ainda de acordo com a recompensa em positiva (obtenção de algo) e negativa (escapar de uma demanda da qual se quer esquivar). Dessa forma, as funções da autolesão se apresentam como: reforço automático negativo (remover sentimentos ruins, aliviar estresse, tensão etc.); reforço automático positivo (gerar sensação agradável); reforço social positivo (ser aceito num grupo, chamar atenção etc.); e reforço social negativo (escapar das responsabilidades ou compromissos) (Nock, & Prinstein, 2004).

O comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante no sexo feminino (Klonsky et al., 2015). Ao comparar estudos conduzidos em diferentes grupos etários, os adolescentes apresentam uma prevalência mais alta ao longo da vida do que os adultos (Garreto, 2015; Zetterqvist, 2015). Vários são os fatores de riscos, como, características da personalidade, transtornos psiquiátricos, problemas sociais, problemas familiares, uso de substâncias psicoativas, etc. (Cedaro, & Nascimento, 2013). Apesar de funcionalmente não ser acompanhada da intenção de autoextermínio, a autolesão aparece como um fato preditor para o comportamento suicida (Toro, Nucci, Toledo, Oliveira, & Prebianchi, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui a autolesão no contexto da violência autoinfligida, correspondendo ao uso intencional de força física real ou de ameaça contra si próprio (Organização Mundial de Saúde, 2014). Os tipos de violência autoinfligida são: tentativas de suicídio, suicídio, autoflagelação, autopunição e autolesão (Brasil, 2016). Uma vez que a vigilância dos comportamentos de autodano tem sido cada vez mais priorizada em níveis nacionais e internacionais nos últimos anos, a OMS lançou em 2016 o *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm* (Manual de Boas Práticas para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autolesão) (Organização Mundial de Saúde, 2016), corroborando com a importância atribuída ao tema atualmente. Considera-se que o monitoramento da autolesão ajuda a identificar aspectos de comportamentos que são relevantes para a prevenção do suicídio e para tratamentos alternativos (Hawton K et al., 2015).

Apesar da constatação na literatura internacional da frequência de autolesão entre adolescentes e do aumento nos últimos anos da prática desse comportamento (Muehlenkamp, Claes, Havert, & Plener, 2012; Plener et al., 2016), existem poucas pesquisas publicadas com amostra de público adolescente no Brasil. Nesse delineamento, este estudo justifica-se pela contribuição no campo das políticas públicas de saúde voltadas para os adolescentes e para o contexto da violência autoinfligida.

Tendo em conta esta lacuna e a necessidade de descrever as particularidades da autolesão em amostra de adolescentes no Brasil, este estudo teve como objetivo avaliar a frequência de autolesão entre escolares de 10 a 14 anos de idade. Este estudo tem ainda como objetivo avaliar as características inerentes, a saber, o nível de gravidade da autolesão, as variáveis psicossociais, e as funções ou motivos que levam a tal comportamento.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo com abordagem quantitativa, realizado com adolescentes, de 10 a 14 anos, considerada adolescência inicial, matriculados nos quatro últimos anos do ensino fundamental de quatro escolas estaduais do município de Divinópolis (MG). Segundo definições da OMS, a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos, sendo de 10 a 14 a adolescência inicial, de 15 a 17 a adolescência média e de 17 a 19 anos a adolescência final (World Health Organization, 1986).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ (CAAE 51216415.2.0000.5545). Foi solicitado aos pais/responsáveis, bem como aos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa, a assinatura respectivamente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Antes da entrega dos Termos de Consentimento e Termos de Assentimento, os adolescentes receberam as explicações acerca do conceito de autolesão, do motivo da pesquisa, de como seria feita a aplicação, qual seria o instrumento, e neste momento tiveram sanadas as dúvidas sobre o estudo e como se daria sua participação. Tais informações também estavam contidas no Termo de Consentimento e no Termo de Assentimento.

O total de adolescentes das quatro escolas corresponde a 1.642, sendo 838 com idade entre 10 a 14 anos. A população deste estudo foi constituída de 517 adolescentes, sendo que a amostragem foi do tipo intencional. A adesão os adolescentes para participar da pesquisa ocorreu de forma voluntária, a partir da explicação e do convite feito pelos pesquisadores. Os critérios de inclusão foram: adolescentes regularmente matriculados nas escolas de cenário da pesquisa, que trouxeram o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis, que assinaram previamente o termo de assentimento, que estavam presentes na sala de aula no dia e horário da coleta de dados, com 10 anos completos até 14 anos 11 meses e 29 dias e que responderam os instrumentos de coleta de dados. Dos 838 adolescentes de 10 a 14 anos matriculados nas escolas, 328 não participaram da pesquisa por falta de interesse ou porque não se adequaram aos critérios de inclusão.

A coleta de dados ocorreu a partir da aplicação da Escala de Comportamento de Autolesão (ECA) elaborada por Lloyd-Richardson, Kelley, & Hope, (1997), traduzida e adaptada para o Brasil por Scivoletto e Giusti (Giusti, 2013). A ECA examina as formas e meios utilizados, frequência e razões do comportamento de autolesão. A escala investiga a ocorrência de 11 tipos de autolesão durante o último ano e, nos casos confirmados, investiga também: a frequência; a necessidade de intervenção; o tempo gasto entre pensar e se mutilar; a faixa etária de início da autolesão; se há influência de drogas; se há a intenção suicida; a intensidade da dor sentida no ato da autolesão e os aspectos motivadores (Giusti, 2013). O fator de gravidade da ECA foi definido a partir do agrupamento de tipos de autolesão, seguindo os critérios definidos por Skegg (2005): grave (cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele, queimou sua pele e/ou beliscou ou cutucou áreas do seu corpo até sangrar intencionalmente); moderada (bateu em você propositalmente, arrancou seus cabelos, inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele, e/ou fez uma tatuagem em você mesmo intencionalmente); leve (mordeu você mesmo e/ou fez vários arranhões em sua pele propositalmente). A ECA considera como critério para o comportamento autolesivo a pessoa ter praticado a autolesão pelo menos uma vez no último ano. Porém, para cálculo, neste estudo levou-se em consideração o critério adotado pelo DSM-5, que preconiza que a ocorrência do fenômeno tenha acontecido pelo menos 5 vezes no último ano.

A coleta de dados foi aplicada pelos pesquisadores e contou também com o apoio voluntário de três graduandos em enfermagem pela UFSJ. Cada escola participante da pesquisa cedeu uma sala à parte para a aplicação do instrumento. A aplicação ocorreu de forma coletiva, sendo chamada uma turma de cada vez, sendo convidados somente os adolescentes que se adequaram aos critérios de inclusão. Os adolescentes que participaram da pesquisa, antes de responderem ao ECA, receberam explicações e tiraram dúvidas quanto ao instrumento de pesquisa.

Os dados foram codificados e digitados no programa Microsoft Excel 2010 em planilha previamente programada. Para a análise descritiva foi realizado cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e cálculo de frequência absoluta (N) e relativa (%) para as variáveis qualitativas. Ao final da pesquisa, a devolutiva

dos resultados foi realizada através da apresentação dos resultados junto à Superintendência Regional de Educação Estadual e escolas estaduais escolhidas para a realização desse trabalho no município de Divinópolis. Adolescentes identificados em situação de risco foram encaminhados para a avaliação e tratamento pela equipe de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente da UFSJ.

## **Resultados**

Os dados sociodemográficos são relativos aos 517 adolescentes, de 10 a 14 anos, de quatro estaduais de uma cidade do interior de Minas Gerais. Verifica-se que os adolescentes apresentam idade média de 12,5 anos sendo 58,00% do sexo feminino e 42% do sexo masculino. 29,59% dos adolescentes encontram-se no 6º ano, 26,89% no 7º ano, 23,21% no 8º ano e 20,31 no último ano do ensino fundamental.

Dentre os 517 adolescentes, 9,48% (49) relataram ter se engajado cinco ou mais vezes em autolesão no último ano. Ter praticado cinco vezes ou mais em autolesão é o preconizado pelo DSM-5 para caracterizar a autolesão não suicida. Na gravidade da autolesão encontra-se, entre os adolescentes, presença da leve em 6,77% (morder a si mesmo na boca ou lábios e fazer vários arranhões na pele propositalmente), da moderada em 6,40% (bateu ou fez tatuagem em si mesmo, arrancou os cabelos e inseriu objetos embaixo da unha ou da pele) e da grave em 6,59% (cortar-se, cutucar um ferimento, queimar-se na pele com cigarro, fósforo ou outro objeto quente, beliscar ou cutucar áreas do corpo até sangrar e esfolar a pele propositalmente). Ressalta-se que 4,10% dos adolescentes apresentaram os três tipos de gravidade de autolesão (Tabela 1).

Quando observados os resultados das características psicossociais e da autolesão identifica-se que adolescentes do sexo feminino apresentaram maior frequência o comportamento de autolesão (69,39%). Também se observa que a autolesão entre os adolescentes, na sua maioria, não apresenta intenção suicida (61,22%) e não foram realizadas sob o efeito de droga (97,96%). Ainda se identifica que a maioria dos adolescentes refere sentir dor na prática de autolesão (69,39%) (Tabela 2).

Os principais motivos para o comportamento de autolesão leve referem-se a aliviar sensações de vazio ou indiferença (18,18%) e a parar sentimentos ou sensações ruins (16,36%). As motivações para o comportamento de autolesão moderada também foram aliviar sensações de vazio ou indiferença (15,63%) e parar sentimentos ou sensações ruins (15,63%). Na autolesão grave também se identifica como principais motivos citados aliviar sensações de vazio ou indiferença (15,94%) e parar sentimentos ou sensações ruins (14,49%). Quanto à distribuição de acordo com o modelo de quatro fatores, a autolesão teve função principalmente como reforço automático negativo (aliviar ou remover estados emocionais indesejados) (Tabela 3).

**Tabela 1.** Autolesão entre adolescentes de 10–14 anos (2016).

|                                  | <b>Frequência absoluta<br/>(N)</b> | <b>Frequência relativa<br/>(%)</b> |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Autolesão                        | 49                                 | 9,48                               |
| Autolesão leve                   | 34                                 | 6,77                               |
| Autolesão moderada               | 32                                 | 6,40                               |
| Autolesão grave                  | 33                                 | 6,59                               |
| Autolesão leve, moderada e grave | 20                                 | 4,10                               |

**Tabela 2.** Associação entre variáveis psicossociais e autolesão entre adolescentes de 10–14 anos (2016).

|                                      |             | <b>Frequência absoluta (N)</b> | <b>Frequência relativa (%)</b> |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sexo                                 | Feminino    | 34                             | 69,39                          |
|                                      | Masculino   | 15                             | 30,61                          |
| Idade da primeira autolesão          | Criança     | 24                             | 48,98                          |
|                                      | Adolescente | 25                             | 51,02                          |
| Autolesão como tentativa de suicídio | Sim         | 19                             | 38,78                          |
|                                      | Não         | 30                             | 61,22                          |
| Autolesão sob efeito de droga        | Sim         | 1                              | 2,04                           |
|                                      | Não         | 48                             | 97,96                          |
| Dor                                  | Sim         | 34                             | 69,39                          |
|                                      | Não         | 15                             | 30,61                          |

**Tabela 3.** Distribuição dos motivos para a autolesão entre adolescentes de 10–14 anos (2016).

| <b>Tipo de reforço/Motivação</b>                              | <b>Autolesão</b> |          |                 |          |              |          |
|---|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
|   | <b>Leve</b>      |          | <b>Moderada</b> |          | <b>Grave</b> |          |
|   | <b>N</b>         | <b>%</b> | <b>N</b>        | <b>%</b> | <b>N</b>     | <b>%</b> |
| Reforço automático negativo                                   |                  |          |                 |          |              |          |
| Parar sentimentos ou sensações ruins                          | 9                | 16,36    | 10              | 15,63    | 10           | 14,49    |
| Aliviar sensações de vazio ou indiferença                     | 10               | 18,18    | 10              | 15,63    | 11           | 15,94    |
| Reforço automático positivo                                   |                  |          |                 |          |              |          |
| Sentir alguma coisa, mesmo que seja dor                       | 5                | 9,09     | 5               | 7,81     | 6            | 8,70     |
| Se castigar   | 1                | 1,82     | 2               | 3,13     | 2            | 2,90     |
| Relaxar   | 2                | 3,64     | 4               | 6,25     | 4            | 5,80     |
| Reforço social negativo                                       |                  |          |                 |          |              |          |
| Não ir à escola, trabalho ou outras atividades                | 1                | 1,82     | 1               | 1,56     | 2            | 2,90     |
| Evitar ter que fazer algo “chato” que não queria              | 3                | 5,45     | 4               | 6,25     | 4            | 5,80     |
| Evitar estar com outras pessoas                               | 2                | 3,64     | 3               | 4,69     | 3            | 4,35     |
| Evitar ser punido ou assumir as consequências                 | 2                | 3,64     | 2               | 3,13     | 4            | 5,80     |
| Reforço social positivo                                       |                  |          |                 |          |              |          |
| Chamar atenção  | 0                | 0        | 0               | 0        | 0            | 0        |
| Testar a reação de alguém, mesmo que seja negativa            | 0                | 0        | 1               | 1,56     | 1            | 1,45     |
| Receber mais atenção dos pais ou amigos                       | 1                | 1,82     | 1               | 1,56     | 1            | 1,45     |
| Sentir-se parte de um grupo                                   | 1                | 1,82     | 1               | 1,56     | 2            | 2,90     |
| Fazer os pais entenderem melhor ou dar mais atenção           | 2                | 3,64     | 3               | 4,69     | 2            | 2,90     |
| Controlar uma situação  | 5                | 9,09     | 5               | 7,81     | 6            | 8,70     |
| Fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse | 2                | 3,64     | 1               | 1,56     | 1            | 1,45     |
| Parecer com alguém que respeita                               | 0                | 0        | 0               | 0        | 0            | 0        |
| Mostrar aos outros o quão desesperado estava                  | 2                | 3,64     | 3               | 4,69     | 3            | 4,35     |
| Fazer algo quando está sozinho                                | 3                | 5,45     | 4               | 6,25     | 3            | 4,35     |
| Fazer algo quando está com os outros                          | 0                | 0        | 0               | 0        | 0            | 0        |
| Pedir ajuda   | 2                | 3,64     | 1               | 1,56     | 2            | 2,90     |
| Deixar os outros com raiva                                    | 2                | 3,64     | 3               | 4,69     | 2            | 2,90     |

## **Discussão**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a faixa etária de 10 a 14 anos corresponde ao período da adolescência inicial. Esta faixa etária corresponde com a etapa de maior predominância do início autolesão, a saber, entre 11 e 15 anos (Garreto, 2015; Zetterqvist, 2015).

Neste estudo encontrou-se que, dentre os 517 adolescentes participantes, 9,48% relataram autolesão no último ano em no mínimo cinco episódios, como criterizado pelo DSM-5. Dados empíricos que utilizam os critérios DSM-5 sobre a autolesão são aspectos importantes na validação do diagnóstico e para o apontamento de características, critérios propostos, correlatos clínicos e independência de outros distúrbios. Um estudo de revisão identificou maior gravidade do quadro clínico de adolescentes que se automutilavam quando avaliados de acordo com os critérios do DSM-5, em comparação com aqueles com autolesão que atenderam a outros tipos de instrumentos ou avaliação clínica (Zetterqvist, 2015). Porém, o número de estudos ainda é pequeno, especialmente para aqueles que apresentam os critérios do DSM-5, indicando que essa é uma área que necessita de mais estudos.

A prevalência encontrada de 9,48% de comportamento de automutilação entre os adolescentes de 10 e 14 anos pode estar vinculada a fatores decorrentes das descobertas e crises do período adolescência (Cedaro, & Nascimento, 2013). Ressalta-se que a prevalência da automutilação além de ser predominante entre adolescentes vem aumentando nos últimos anos (Giust, 2013; Plener et al., 2016). Uma possível explicação é que a adolescência por ser um período particularmente vulnerável e com uma tendência à passagem ao ato como forma de representação dos conflitos, a autolesão pode surgir como mecanismo alternativo (Guerreiro, 2014). Já as explicações para a diminuição do comportamento autolesivo na fase adulta são o possível aumento das habilidades de regulação emocional ao longo dos anos, a resignificação das experiências adversas e o provável fenômeno da subnotificação entre adultos (Plener et al., 2016).

Na literatura nacional não foi encontrado estudo epidemiológico acerca da autolesão entre adolescentes. Já estudos internacionais sobre a frequência da autolesão apresentam diferentes resultados, dependendo da amostra analisada, do cenário, da metodologia de pesquisa e do conceito de autolesão utilizado. Estudo com adolescentes alemães encontrou frequência de 20,7% com a aplicação do Questionário de Comportamento Autolesivo (Young, Sproeber, Groschwitz, Preiss, & Plener, 2014). Entre adolescentes norte-americanos, com a aplicação da ECA, foi identificada frequência de 45,0% da prática de autolesão de pelo menos uma vez no último ano (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). Estudo realizado no Canadá apontou 7,7% entre adolescentes de 11 a 13 anos (Duggan, Heath, & Hu, 2015). Noutra pesquisa, 21,7% de adolescentes espanhóis de 10 a 18 anos relataram o comportamento ao menos uma vez na vida (Hernando, 2014). A frequência encontrada entre adolescentes portugueses de 10 a 20 anos foi de 28% (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012). As diferenças nas taxas de prevalência, decorridas sobretudo pelas diferentes definições de comportamentos de autolesão e diferentes métodos de avaliação, dificultam a análise comparativa, sugerindo-se assim a necessidade de padronização da metodologia nas pesquisas.

Em relação à gravidade da autolesão entre os adolescentes verificam-se presenças dos três níveis de autolesão (leve, moderada e grave). A ECA estabelece como níveis de gravidade a autolesão leve (mordeu a si mesmo e/ou fez vários arranhões em sua pele propositalmente); moderada (bateu em si mesmo propositalmente, arrancou seus cabelos, inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele, e/ou fez uma tatuagem em si mesmo intencionalmente); e grave (cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele, queimou sua pele e/ou beliscou ou cutucou áreas do seu corpo até sangrar intencionalmente) (Garreto, 2015).

Na apresentação dos resultados deste estudo, um mesmo adolescente pode ter cometido mais de um tipo de autolesão, apresentando ao mesmo tempo gravidade leve, moderada ou grave (4,10%). Um estudo que avaliou uma população clínica de 105 adolescentes húngaros com autolesão aponta que a gravidade das lesões tende a aumentar com o passar do tempo (Csorba, Dinya, Plener, Nagy, & Páli, 2009). Além do aspecto clínico, a gravidade pode ser um indicador de fatores predisponentes da autolesão, neste sentido quanto maior a gravidade da autolesão maior pode ser a dificuldade dos adolescentes de tomar decisões e resolver problemas (Garreto, 2015).

Estudos internacionais que investigaram a frequência da gravidade de autolesão entre adolescentes utilizando a ECA apresentam a análise em dois fatores de gravidade, leve (ou menor) e moderada/grave. Em estudo espanhol com adolescentes de 12 a 19 anos, constatou-se que 23,4% se envolveram em autolesão leve e 32,2% em autolesão grave (Calvete, Orue, Aizpuru & Brotherton, 2015). Num estudo norte-americano observou-se que, de 390 adolescentes escolares de 13 a 17 anos que se autolesavam, 18,8% da amostra global envolveu-se em autolesão de menor gravidade e 27,7% envolveu-se em pelo menos um ato de moderada/grave (Lloyd-Richardson et al., 2007). Os adolescentes envolvidos na moderada/grave eram mais propensos a empregar mais de um tipo de autolesão e aumentaram a frequência do comportamento em relação ao ano anterior. Além disso, pensavam mais sobre antes de executar, caracterizando o ato premeditado, relataram maior índice de dor e maior índice de envolvimento com substâncias psicoativas (Calvete et al., 2015; Lloyd-Richardson et al., 2007).

A gravidade da automutilação pode estar sustentada por diferenças individuais, influência de pares ou devido ao nível de sofrimento provocado por experiências adversas. O temperamento adolescente, a tendência à impulsividade, transtornos psicopatológicos e o perfil da personalidade, podem, por exemplo, predispor a pessoa a experimentar diferentes estratégias de enfrentamento com tipos diferentes de comportamento autolesivo (Young et al., 2014). Nosso estudo é em parte exploratório e, portanto, não é conclusivo quanto à relação entre gravidade e outros fatores. Estudos posteriores podem ser realizados com o propósito de verificar a associação entre a gravidade do comportamento autolesivo e o padrão de contágio social da autolesão, a influência das experiências adversas e a alteração do limiar de dor física a partir do aumento da frequência do envolvimento com a autolesão. Neste último caso, a hipótese da diminuição da dor física com o aumento da repetição do comportamento autolesivo provavelmente poderá levar a pessoa a buscar tipos mais graves de autolesão.

Este estudo apontou frequência mais elevada da autolesão entre adolescentes do sexo feminino (Tabela 2), o que consta também na literatura. Um estudo português apresentou frequência de 57,0% de autolesão no público feminino. Estudos com adolescentes espanhóis de 10 a 18 anos mostram frequência de 54,0% (Guerreiro, 2014). Estudos com adolescentes estudantes espanhóis mostram frequência de 57,0% (Kirchner, Ferrer, Forn, & Zanini, 2011) e 54,0% (Hernando, 2014) e entre adolescentes ingleses frequência de 74,5% (Brooks et al., 2015) de autolesão em meninas escolares. Pesquisa norte-americana com a aplicação da ECA em adolescentes escolares encontrou a frequência de 54,0% (Lloyd-Richardson et al., 2007). Noutra pesquisa norte-americana utilizando de entrevista estruturada em 665 adolescentes escolares, de 8,0% que relataram envolvimento com comportamentos autolesivos, 57,3% eram do sexo feminino (Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012). O motivo de meninas serem mais propensas à prática de autolesão pode ser explicado pelo fato de que mulheres e homens lidam de forma diferente com as experiências enquanto crescem, sendo que as meninas tradicionalmente são mais inclinadas a identificar, reconhecer e ter consciência das experiências emocionais. Assim elas tendem mais a buscar formas de regulação emocional, podendo o comportamento autolesivo surgir como alternativa.

Dados os resultados encontrados, verifica-se que os comportamentos de autolesão entre os adolescentes não apresentam intenção suicida (Tabela 2). De acordo com

Nock (2010), o comportamento suicida se caracteriza pela intenção de tirar a própria vida e se apresenta através da ideação suicida, do plano suicida, e da tentativa de suicídio. Já os fenômenos não suicidas englobam ameaça de suicídio, mas sem intenção de fazê-lo, pensamentos de ferir a si próprios, e a autolesão, com dano físico sem intenção de tirar a própria vida (Nock, 2010). Ainda assim, é preciso considerar que pessoas com histórico de autolesão compõem um grupo de risco de particular importância para a prevenção do suicídio, estando o comportamento autolesivo presente em pelo menos 40% dos suicídios (Hawton et al., 2015).

Os resultados deste estudo sugerem que a autolesão teve a função principal de regulação emocional, realizada com a intenção de "aliviar sensações de vazio ou indiferença" (15,94%, 15,63%, e 18,18% de respectivamente gravidade leve, moderada e grave) e para "cessar sentimentos ou sensações ruins" (16,36%, 15,63% e 14,49% de respectivamente gravidade leve, moderada e grave). Este estudo assim contribui para o reforçamento da hipótese de que o comportamento autolesivo procede das vulnerabilidades intrapessoais e sociais e das dificuldades em regular as emoções. Os adolescentes com comportamento autolesivo experimentam sentimentos e pensamentos negativos ou dificuldades interpessoais e assim sentem a necessidade de se envolver com comportamento de autolesão. A autolesão tem sido exercida para aliviar sentimentos negativos, estados cognitivos, dificuldades interpessoais ou para induzir sentimentos positivos, pois essa função reguladora reforça o comportamento.

A predominância da autolesão como função de regulação emocional é corroborada em outros estudos com adolescentes (Nock, & Prinstein, 2004; Klonsky et al., 2015; Zetterqvist, Llundh, & Svedin, 2014). Na definição das funções da autolesão que consideram quatro fatores teóricos para explicar esse comportamento – reforço automático negativo; reforço automático positivo; reforço social positivo e reforço social negativo, essas duas funções (aliviar sensações ruins e aliviar sensações de vazio) correspondem ao reforço automático negativo (Nock, & Prinstein, 2004). Os reforços automáticos são de natureza intrapessoal, ou seja, regular as emoções. Já os reforços sociais são ocasionados por motivos externos, portanto, com a função de controlar uma situação.

Encontram-se poucas pesquisas acerca da motivação psicológica que determina o comportamento da autolesão. Numa pesquisa (Young et al., 2014) com 206 adolescentes alemães que se autolesavam, dividiu-se as 22 funções presentes no ECA em três fatores teóricos que apresentaram como resultado: autolesão como motivo de influência interpessoal/socialização, (40,7%); intrapessoal (controlar emoções) (36,3%); e evitação de algo (23%). As funções que mais prevaleceram foram "para receber mais atenção de amigos" "obter compreensão dos pais" e "parar maus sentimentos", apontadas por 41,0%, 37,8% e 35% dos adolescentes, respectivamente (Young et al. 2014).

No estudo de Lloyd-Richardson et al. (2007), utilizando a ECA, foram consideradas as funções de reforço automático (intrapessoal) negativo e positivo e reforço social negativo e positivo. Dentre 259 adolescentes norte-americanos que afirmaram se autolesar encontrou-se que 22% corresponderam às funções de reforço automático negativo, 28% ao reforço automático positivo, 19% ao reforço social negativo e 31% ao reforço social positivo (Lloyd-Richardson et al., 2007). As razões mais comuns eram "para tentar obter uma reação de alguém", "para obter o controle de uma situação", e "para parar sentimentos ruins". Em uma amostra de adolescentes espanhóis utilizando a ECA em que 999 adolescentes confirmaram envolver-se com autolesão, 39% apontaram funções correspondentes ao reforço automático negativo, 28% ao reforço automático positivo, 17% ao reforço social positivo e 16% ao reforço social negativo (Calvete et al., 2015). Em um estudo com 816 adolescentes suecos de 15 a 17 anos com comportamento de autolesão, o padrão para as funções automáticas foi de 62% enquanto o modelo social foi de 38% (Zetterqvist et al., 2014).

Segundo Calvete et al. (2015), estudar as dimensões da autolesão é essencial para compreender os fatores que mantêm este comportamento e têm implicações para a prevenção do comportamento autolesivo, prevenção do suicídio assim como para a condução de tratamentos. Aponta-se que adolescentes que se envolvem em autolesão para alcançar reforço social positivo ou negativo ou obter reforço emocional automático negativo ou positivo apresentam diferentes demandas, motivos e fatores (Calvete et al., 2015). Nestes casos, as intervenções preventivas que focalizem nas funções apontadas pelos adolescentes tenderão a obter mais êxito no processo de diminuição dos riscos relacionados.

Como diferentes fatores influenciam na regulação emocional, sugere-se não apenas avaliar e reduzir as experiências de eventos negativos na vida, mas também psicopatologias individuais ou sintomas traumáticos, pois podem apresentar um efeito influenciável para o comportamento autolesivo (Zetterqvist, 2015). Esses fatores podem, assim, ser indicativos de uma abordagem terapêutica voltada para as habilidades de regulação de emoções e habilidades interpessoais no contexto em que se encontra o adolescente, no qual é igualmente importante reduzir conflitos e críticas e estimular comportamentos alternativos e habilidade de enfrentamento e resolução de problemas (Nunes, & Mota, 2017).

Sobre os resultados deste estudo, existem limitações a serem consideradas: a pesquisa foi realizada somente com adolescentes de 10 a 14 anos, abrangendo, portanto, a uma faixa etária restrita do ciclo da vida em relação às nuances acerca da autolesão; a possibilidade de interpretação adversa de questões do instrumento entre participantes da pesquisa, mesmo com o suporte explicativo dado pelos pesquisadores; nossa amostra foi retirada de escolas estaduais públicas, podendo ser questionado se em escolas privadas teria o mesmo resultado. Deve-se considerar também que existe na literatura uma falta de padronização nas pesquisas com relação à metodologia, principalmente com relação aos instrumentos de coleta de dados, dificultando assim a análise comparativa. Além disso, propõe-se que estudos qualitativos sejam acrescidos a este para avançar no entendimento do fenômeno da autolesão.

## **Conclusão**

Destaca-se a relevância deste estudo por ter permitido chegar ao conhecimento do fenômeno da automutilação entre adolescentes. Outra contribuição é a possibilidade de proporcionar subsídios para construção de ações de políticas e programas preventivos direcionados a essas problemáticas no contexto da automutilação entre adolescentes.

Atenta-se para o número de adolescentes que praticam a autolesão, a predominância do comportamento entre o público feminino e as funções da autolesão assinaladas por eles. Os adolescentes que se autolesionam apontaram uma variedade de motivos que os levam a praticar o comportamento, sendo principalmente de regulação emocional, como aliviar sensações de vazio ou indiferença e cessar sentimentos ou sensações ruins.

A autolesão é aludida pelos adolescentes tanto com a função para regular as emoções (reforços automáticos) como para tentar controlar situações externas (reforços sociais). Nesse sentido, os esforços de intervenção preventiva devem se concentrar na redução de problemas que contribuem para a ocorrência da automutilação. Propostas de prevenção devem ser ainda voltadas para condicionar habilidades alternativas para o enfrentamento positivo e o gerenciamento funcional das emoções. Evidente que, para isso, deve-se considerar a necessidade de profissionais que estejam preparados para identificar, avaliar os riscos e promover ações na conexão entre escola, setor de saúde e família.

## Referências

- American Psychiatric Association, (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 DSM-5* (M. I. C. Nascimento, Trad). Porto Alegre: Artmed.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics, 130*(1), 39-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada (VIVA/SINAN)*. Brasília, DF: o autor.
- Brooks, F., Magnusson, J., Klemnera, E., Chester, K., Spencer, N., & Smeeton, N. (2015). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): World Health Organization Collaborative cross national study (HBSC England National Report)*. Hatfield: University of Hertfordshire. Recuperado de <http://www.hbscengland.com/wp-content/uploads/2015/10/National-Report-2015.pdf>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psychotema, 27*(3), 223–228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e gozo: Relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP, 24*(2), 203-223. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200002>
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., & Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and nonsuicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(5), 309-320. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0733-5>
- Duggan, J., Heath, N., & Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: A one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*, 21. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0052-9>
- 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.
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes portugueses. *Psicothema, 24*(4), 536-541.
- 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. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping* (tese). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., & Ness, J. (2015), Suicide following self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders, 175*: 147–51. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Hernando M. D. N. (2014). *Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicida en adolescentes*

- evaluados en salud mental* (tese). Facultad de Psicología, Universidad autónoma de Madrid, Madrid, Espanha.
- Kirchner, T. B., Ferrer, L. S., Forns, M., & Zanini, D. S. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(4), 226-35.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olin, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 44. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Lloyd-Richardson, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents (dissertation). Louisiana State University, Louisiana, EUA.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lloyd-Richardson, E. E., Lewis, S. P., Whitlock, J. L., Rodham, K., & Schatten, H. T. (2015). Research with adolescents who engage in non-suicidal self-injury: Ethical considerations and challenges. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(37). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0071-6>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nock, M. K. (2010) Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nunes, F., & Mota, C. P. (2017). Vinculação aos pais, competências sociais e ideação suicida em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 69(3), 52-65.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência*. São Paulo, SP: Fapesp.
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Geneva: o autor.
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, 16, 353. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-1060-x>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366(9495), 1471-1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Toro, G. V. R., Nucci, N. A. G., Toledo, T. B. T., Oliveira, A. E. G., & Prebianchi, H. B. (2013). O desejo de partir: Um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, 19(3), 407-421. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p407>

World Health Organization. (1986). Young people's health: A challenge for society (Technical report series, Vol. 731). Geneva: o autor.

Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R.C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: Exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry, 14*, 137. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-137>.

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*, 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8*, 23. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>

Submetido em: 28/01/2018

Revisto em: 15/05/2018

Aceito em: 05/06/2018

#### **Endereços para correspondência**

Paulo Henrique Nogueira da Fonseca  
paulohenriquekajuru@hotmail.com

Aline Conceição Silva  
csilvaaline@hotmail.com

Leandro Martins Costa de Araújo  
leandromartins19@gmail.com

Nadja Cristiane Lappann Botti  
nadjaclb@terra.com.br

I. Especialização em Saúde do Adolescente. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente. Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). São João Del-Rei. Estado de Minas Gerais. Brasil.

II. Mestre. Programa de Pós-Graduação. Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). São João Del-Rei. Estado de Minas Gerais. Brasil.

III. Enfermagem. Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). São João Del-Rei. Estado de Minas Gerais. Brasil.

IV. Docente. Programa de Pós-Graduação. Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente. Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). São João Del-Rei. Estado de Minas Gerais. Brasil.