

ANDRÉ DE MATTOS SALLES

ESTUDO CASO-CONTROLE SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE
VULNERABILIDADES SOCIOCULTURAIS E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO
NA ADOLESCÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB/UNB

BRASILIA-DF, 2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANDRÉ DE MATTOS SALLES

ESTUDO CASO-CONTROLE SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE
VULNERABILIDADES SOCIOCULTURAIS E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO
NA ADOLESCÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB/UNB

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dra. Lenora Gandolfi.

BRASILIA-DF

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S168 Salles, André de Mattos.

Estudo caso-controle sobre a associação entre vulnerabilidades socioculturais e comportamento autolesivo na adolescência no Hospital Universitário de Brasília HuB/UnB / André de Mattos Salles. – Brasília, 2022.

99 f.: Il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Lenora Gandolfi.

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Auto lesão não suicida. 3. Automutilação. I. Gandolfi, Lenora. II. Título.

ANDRÉ DE MATTOS SALLES

ESTUDO CASO-CONTROLE SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE
VULNERABILIDADES SOCIOCULTURAIS E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO
NA ADOLESCÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA HUB/UNB

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 15 de janeiro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profa. Dra. Lenora Gandolfi
Professora Emérita, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília

Membros

Suplente

RESUMO

A autolesão não suicida tem recebido destaque como característica psicopatológica nas últimas décadas, principalmente entre adolescentes e adultos jovens, porém estudos nacionais sobre o tema são escassos. Buscou-se então identificar o padrão de autolesão não suicida nos adolescentes e identificar potenciais fatores de risco desse comportamento, trazendo dados para fomentar políticas públicas mais efetivas no país. Após aplicação de 3 questionários em um grupo caso, composto por adolescentes de 12 a 18 anos com comportamento autolesivo, os dados foram comparados a um grupo controle, formado por indivíduos sem esse comportamento. Foram identificados 63 potenciais fatores de risco para a prática de autolesão não suicida, que podem contribuir para um melhor entendimento do fenômeno no Brasil e fomentar políticas públicas específicas.

Palavras-chave: Comportamento Autolesivo; Autolesão não suicida; Automutilação.

ABSTRACT

Non-suicidal self-harm has been highlighted in recent decades, especially among adolescents and young adults, but national studies are scarce. After applying 3 questionnaires to a case group, composed of adolescents aged 12 to 18 years with self-injurious behavior, the data were compared to a control group, formed by individuals without this behavior. Sixty-three potential risk factors were identified for the practice of non-suicidal self-harm, which may contribute to a better understanding of the phenomenon in Brazil and promote specific public policies.

Keywords: Self-Harm; Non Suicidal Self Injury; Self Mutilation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de decisões diagnósticas em pacientes com autolesão não suicida	13
Figura 2 - Modelo de Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estratificação Grupo Caso por faixa etária	40
Gráfico 2 - Estratificação Grupo Caso por gênero	41
Gráfico 3 - Estratificação Grupo Caso por orientação sexual	41
Gráfico 4 - Estratificação Grupo Caso por raça ou cor	42
Gráfico 5 - Estratificação Grupo Caso por orientação religiosa	42
Gráfico 6 - Estratificação Grupo Caso por renda mensal familiar	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Esquema das funções da autolesão não suicida	16
Quadro 2 - Principais critérios para suspeita de autolesão não suicida	23
Quadro 3 - Áreas do DUSI-R	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Formas autodeclaradas de autolesão, segundo FAMS	44
Tabela 2 - Motivações autodeclaradas para a realização de autolesão não suicida	45
Tabela 3 - Odds Ratio para questões da Área 1 – Uso de Substância	46
Tabela 4 - Odds Ratio para questões da Área 2 – Comportamento	48
Tabela 5 - Odds Ratio para questões da Área 3 – Saúde	49
Tabela 6 - Odds Ratio para questões da Área 4 – Desordens Psiquiátricas	50
Tabela 7 - Odds Ratio para questões da Área 5 – Competência Social	51
Tabela 8 - Odds Ratio para questões da Área 6 – Sistema Familiar	52
Tabela 9- Odds Ratio para questões da Área 7 – Escola	53
Tabela 10 - Odds Ratio para questões da Área 9 – Relacionamento com amigos	55
Tabela 11 - Odds Ratio para questões da Área 10 – Lazer Recreação	56
Tabela 12- Razão de possibilidade entre questões do DUSI-R com significância estatística	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENEPI	Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil
AMENT	Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial - Infantil
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DUSI - R	<i>Drug Use Screening Inventory</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FASM	<i>Functional Assessment of Self-Mutilation</i> - Escala de Comportamento Autolesivo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 AUTOLESÃO NÃO SUICIDA	11
2.1 DEFININDO AUTOLESÃO NÃO SUICIDA.....	11
2.2 AUTOLESÃO NÃO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE	14
2.3 POSSIBILIDADES PARA O ENTENDIMENTO DO COMPORTAMENTO.....	15
2.3.1 Fatores Psicológicos	16
2.3.2 Fatores Sociais	18
2.3.3 Fatores Biológicos	19
2.4 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTOLESIVO	23
2.5 FATORES DE RISCO JÁ DOCUMENTADOS	25
2.6 PERSPECTIVAS DE PREVENÇÃO	27
3 SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL E A AUTOLESÃO NÃO SUICIDA	29
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL:	29
3.1.1 O Início	29
3.1.2 Século XX	30
3.1.3 Final do Século XX - Reformulação	31
3.1.4 Século XXI – Consolidação do Modelo	31
3.1.5 O Fortalecimento da RAPS	32
3.2. A LEI N. 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019	34
4 OBJETIVOS	35
5 METODOLOGIA	36
6 RESULTADOS	40
6.1 DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO GRUPO CASO	40
6.2 DESCRIÇÃO DO RESULTADOS OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DA ESCALA DE COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO – FAMS	43
6.3 DESCRIÇÃO DOS RISCOS DE POSSIBILIDADE (ODDS RATIO) OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE TRIAGEM DO USO DE DROGAS – DUSI-R (<i>Drug Use Screening Inventory</i>) NO GRUPO CASO E CONTROLE.....	46
7 DISCUSSÃO	57
8 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A - TCLE	77
APÊNDICE B - TALE	78
ANEXO A – LEI FEDERAL nº 13.819/2019	80
ANEXO B - INVENTÁRIO DE TRIAGEM DO USO DE DROGAS - DUSI-R	83
ANEXO C - ESCALA DE COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO – FASM ...	87
ANEXO D - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	89
ANEXO E - CAAE 17493119.2.0000.5558	96

1 INTRODUÇÃO

A autolesão não suicida não é um fenômeno recente, mas tem recebido destaque como característica psicopatológica na sociedade moderna, principalmente entre adolescentes e adultos jovens (1-4). Difere-se da tentativa de suicídio por essa objetivar o óbito, estar associada, em sua maioria, ao uso de formas mais severas de ação (5). Na autolesão não suicida não há intensão de morte, o estado emocional reportado geralmente tem relação com raiva, desespero, aflição, cursa com formas menos severas de atentar conta si e apresenta uma maior periodicidade. Estima-se que 1 em cada 5 adolescentes no mundo já praticou autolesão não suicida pelo menos uma vez na vida.

O fenômeno da autolesão durante muito tempo foi associado à Personalidade *Borderline* (emocionalmente instável) e Personalidade Histriônica, porém pesquisas recentes tendem a atualizar esses dados, associando-a a diversas comorbidades, entre elas depressão (92%), transtorno obsessivo-compulsivo (57%), ansiedade (40%) e outros (5).

O aumento crescente do fenômeno fez com que a Associação Americana de Psiquiatria, em sua 5ª edição (DSM-5), incluísse no capítulo “Condições para Estudos Posteriores” critérios para definição da Autolesão Não Suicida. O texto deixa claro, no entanto, que esse conjunto de critérios não se destina ao uso clínico, e sim para nortear pesquisas; não sendo a autolesão não suicida uma entidade nosológica distinta (6).

Os indivíduos que praticam a autolesão tendem a perdurar em um ciclo de ações que se inicia com uma grande dificuldade em lidar com as emoções, com conseqüente autolesão, falsa sensação momentânea de alívio, e posterior aumento da tensão emocional. Como forma de justificar o ato, grande parte das pessoas alegam que usam a autolesão como forma de tornar físico um sofrimento psíquico que não têm condições de lidar, ou como forma de expressar raiva contra si, em uma autopunição. Também alegam que se machucam como forma de ter algum sentimento, em contraponto a uma sensação de vazio e despersonalização dos afetos, para evitar atitudes suicidas, ou mesmo para obter excitação com o ato (5,6).

Mesmo sendo um fenômeno percebido e debatido entre especialistas, familiares e educadores brasileiros, a autolesão não suicida obteve maior visibilidade em abril de 2017, com as notícias propagadas de forma instantânea nos meios sociais sobre o *Desafio da Baleia Azul* (7-9). O suposto desafio é descrito como propostas ao participante de uma série de tarefas mórbidas, auto lesivas, culminando com o último desafio, retirar a própria vida. A provável origem do jogo é em uma rede social russa, como uma brincadeira, que acabou causando grande mobilização após interpretação distorcida de uma notícia antiga que voltou às manchetes depois de repercutir na imprensa inglesa.

Apesar de não ser possível comprovar a veracidade do desafio, os especialistas no assunto são unânimes em afirmar que o evento expôs a vulnerabilidade dos jovens frente às redes sociais e como a autolesão não suicida e o suicídio ainda são assuntos velados na sociedade. Corroboram com essa afirmação, os desafios e jogos que seguidamente aparecem nas redes sociais, como no ano seguinte, 2018, com a “Boneca Momo do whats app”. (10).

A repercussão do tema chegou às esferas do poder público, e o Senado Federal propôs discutir o assunto, juntamente com outras formas de maus tratos contra as crianças e adolescentes, através de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI). A CPI dos Maus Tratos Contra Crianças e Adolescentes foi instaurada no segundo semestre de 2017 (11). Outro marco referente ao tema é a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, promulgada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (12). Pela primeira vez, a autolesão não suicida é abordada especificamente como problema de saúde pública.

Apesar da crescente importância da autolesão não suicida na saúde da população adolescente, estudos nacionais sobre o tema são escassos. Sendo assim, torna-se vital para formulação de estratégias de enfrentamento do tema um melhor conhecimento do cenário nacional. O presente estudo objetiva-se, então, a identificar o padrão de autolesão não suicida nos adolescentes em um contexto brasileiro, bem como identificar potenciais fatores de risco desse comportamento nessa população, trazendo dados para fomentar políticas públicas mais efetivas.

2 AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

2.1 DEFININDO AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

Define-se a autolesão não suicida como uma atitude de atentar deliberadamente contra a integridade do tecido corporal sem que haja a intenção de ir a óbito. Não faz parte de atitude socialmente aceita, como tatuagens, *piercings*, *body art* e rituais religiosos; não inclui automutilação acidental ou lesão indireta por meio de comportamentos como transtornos alimentares, movimentos estereotipados ou transtornos por uso de substâncias (6,13). O comportamento mais comumente se faz na forma de corte na pele, queimaduras e coceira severa (14,15).

O termo autolesão não suicida é conceituado de forma distinta do comportamento suicida, onde há intencionalidade de óbito (16). Também difere do termo lesão autoprovocada, pois esse encampa além da autolesão não suicida as tentativas de suicídio (17). Grande parte dos estudos se concentram principalmente em adolescentes, já que a autolesão não suicida ocorre com mais frequência nessa faixa etária do que em crianças (18).

O DSM-5 apresenta em sua seção 3, Condições para Estudos Posteriores, os critérios de autolesão não suicida (6). Como a introdução desse capítulo frisa, tais esses critérios não se destinam ao uso clínico:

Critérios Propostos

A. No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida).

Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.

B. O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:

1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.
2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
3. Induzir um estado de sentimento positivo.

Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.

C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes:

1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão.
2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar.
3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.

D. O comportamento não é socialmente aprovado (p. ex., *piercing* corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.

E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.

F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, delírium, intoxicação por substâncias ou abstinência por substâncias. Em indivíduos com um transtorno neu

O Manual de Diagnóstico Diferencial do DSM-5 (19), traz de maneira estruturada fluxograma de decisões diagnósticas par a autolesão não suicida:

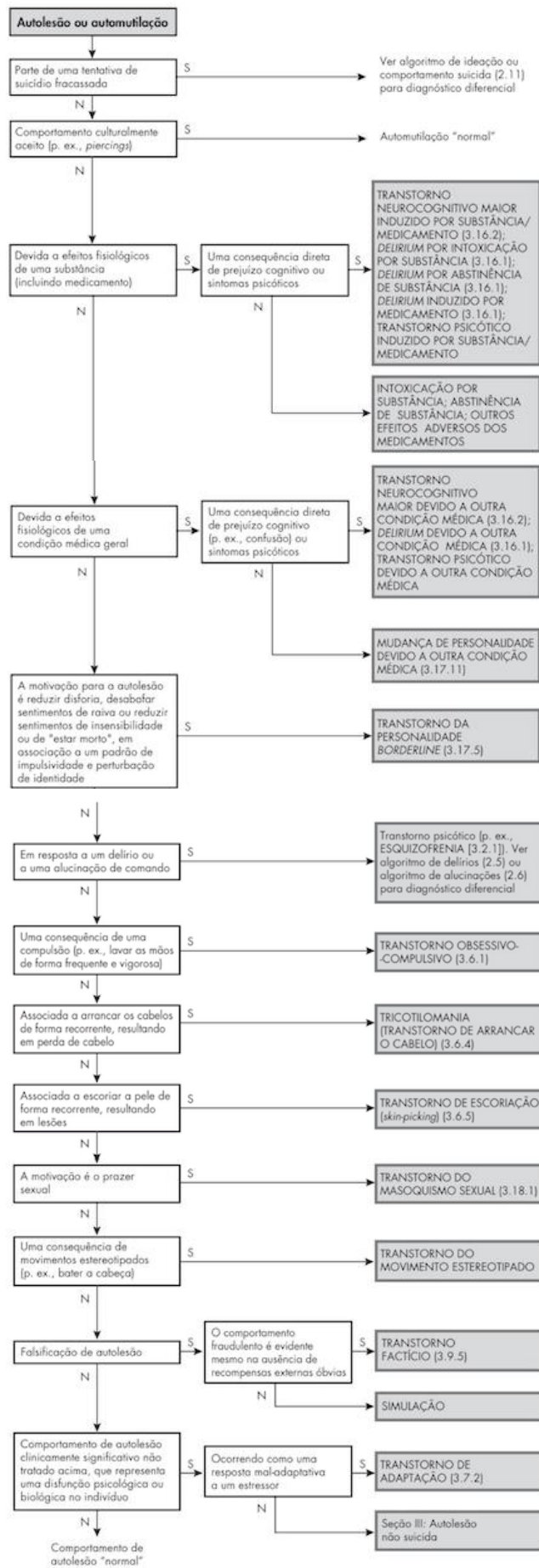


Figura 1 – Fluxograma de decisões diagnósticas em pacientes com autolesão não suicida
 Fonte: First, 2015 (19).

2.2 AUTOLESÃO NÃO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

A autolesão não suicida costuma ter início entre as idades de 12 e 14 anos (18,20,21), sendo um fenômeno mais raro em idades menores (18,22-24). Geralmente um início precoce agrega pior prognóstico (23). A prevalência de autolesão não suicida em jovens varia entre os estudos devido a fatores metodológicos: a definição do comportamento, local onde o comportamento é avaliado e as ferramentas de avaliação usadas (13,25). As taxas de autolesão não suicida em adolescentes são cerca de três vezes maiores do que as relatadas em amostras de adultos (26,27). Uma meta-análise de 119 estudos comunitários avaliou indivíduos ($n > 230.000$) na Ásia, Austrália, Europa e América do Norte e descobriu que a prevalência estimada de autolesão não suicida ao longo da vida foi de 17% para adolescentes (idade de 10 a 17 anos), 13% em adultos jovens (idade de 18 a 24 anos) e 6% em adultos (25).

A autolesão não suicida é descrita tanto em ambientes clínicos como na comunidade sendo a prevalência são mais altas em contextos clínicos do que na população em geral. Entre adolescentes acompanhados em serviços de saúde mental, a prevalência estimada de autolesão não suicida no ano anterior pode chegar a valores entre 50 e 70 por cento (28-32). Já em estudos na população geral, a prevalência ao longo da vida de pelo menos um episódio de autolesão não suicida na população geral de adolescentes é de aproximadamente 17 a 18 por cento (25,26).

Não há consenso quanto a prevalência de autolesão não suicida entre mulheres e homens. Uma meta-análise de 120 estudos clínicos e comunitários constatou que a autolesão não suicida foi modestamente maior em mulheres do que em homens, sendo a diferenças mais notáveis em estudos com pacientes em tratamento (33). Já em meta-análise de estudos realizados na comunidade, a prevalência de autolesão não suicida era comparável para mulheres e homens (25). Há diferenças na prevalência entre os métodos adotados para a autolesão não suicida.

Com relação a orientação sexual, uma meta-análise de estudos em comunidade comparou a prevalência de autolesão não suicida em minorias de orientação sexual e em adolescentes heterossexuais. A probabilidade de autolesão não suicida foi seis vezes maior entre adolescentes que se declaram não

heterossexuais do que entre jovens heterossexuais (odds ratio 6, 95% CI 4-9) (34). Outro estudo comunitário concluiu que a prevalência de autolesões não suicidas repetitivas (≥ 10 vezes) no ano anterior seria de 24% em bissexual, 16% em homossexuais, 9% em indivíduos com orientação não definida e 3% em heterossexuais. Os dados também sugerem que as taxas de autolesão não suicida podem ser elevadas entre adolescentes que se identificam como transgêneros (ou gênero diverso) em comparação com seus pares cisgêneros (35-38).

2.3 POSSIBILIDADES PARA O ENTENDIMENTO DO COMPORTAMENTO

O aumento e refinamento das pesquisas sobre a dinâmica do comportamento autolesivo trouxeram poucos avanços para o entendimento de sua patogênese. As hipóteses explicativas propõem o enlace de fatores psicológicos, sociais e biológicos (16).

Um desses modelos sugere que a autolesão não suicida viria da interação de fatores de risco distais e proximais, com predisposições acumuladas ao longo da vida (por exemplo, maus-tratos na infância) levando a fatores de vulnerabilidade intrapessoal (por exemplo, emoções e cognições negativas elevadas) e interpessoais (por exemplo, habilidades de comunicação deficientes). Esses fatores de vulnerabilidade tornam as respostas aos estímulos estressores disfuncionais e associadas a outros fatores de vulnerabilidade específicos à autolesão não suicida (por exemplo, aprendizado social e autopunição), aumenta a probabilidade de ocorrência de autolesão (16).

Embora os estudos não tenham testado diretamente este modelo completo, a pesquisa apoia o papel de vários fatores comportamentais e outros fatores psicológicos, fatores sociais e interpessoais e fatores biológicos que são mapeados neste modelo de autolesão não suicida (16,39).

2.3.1 Fatores Psicológicos

Os fatores psicológicos mais amplamente estudados relacionados à autolesão não suicida são as funções ou motivações que podem iniciá-la ou mantê-la. O comportamento pode começar ou persistir porque ele serve a uma ou mais funções para os pacientes. As funções podem ser compreendidas examinando-se os fatores e eventos que precedem imediatamente a autolesão não suicida e os fatores e eventos que seguem após o comportamento (16,40).

Um modelo empiricamente proposto levanta a hipótese de que as funções da autolesão não suicida existem dentro de duas categorias dicotômicas: reforço e consequência (6,14,40-43).

O reforço na autolesão não suicida pode ser positivo ou negativo. Entende-se por reforço positivo quando o ato leva a adição de um estímulo desejável e nesse contexto o ato de se lesar pode ser perpetuado por induz um estado agradável, ou gerar a atenção de outras pessoas ou trazer a sensação de uma punição merecida. Já o reforço negativo é quando o ato leva a remoção de um estímulo indesejável ou aversivo, como aliviar emoções negativas (ansiedade, depressão ou raiva), reduz pensamentos angustiantes, de autocrítica ou de suicídio, ou evitar demandas sociais ou circunstâncias indesejadas.

As consequências do comportamento surgem de processos intrapessoais ou sociais. As consequências intrapessoais para o comportamento de autolesão não suicida são internas (às vezes chamadas de automáticas) e geradas no indivíduo. Já as consequências sociais surgem de interações interpessoais.

Com base neste modelo, o comportamento de autolesão não suicida é causado e mantido por pelo menos uma das seguintes quatro funções (14,16,40,41,44-47).

Quadro 1 – esquema das funções da autolesão não suicida

FUNÇÕES	Reforço	Positivo
		Negativo
	Consequencia	Intrapessoais
		Sociais

Fonte: Elaborada pelo autor.

Reforço negativo intrapessoal (ou automático) - O comportamento reduz (regula) pensamentos e emoções negativas e aversivas, como raiva, tristeza e ansiedade.

Reforço positivo intrapessoal (automático) - O comportamento gera sentimentos e pensamentos desejados (por exemplo, sentir algo diferente de dormência, "mesmo que seja dor"; ou sentir satisfação por ter se punido).

Reforço social negativo - O comportamento facilita uma fuga de demandas sociais indesejadas e situações sociais insuportáveis (por exemplo, uma criança pode ficar em casa sem ir à escola).

Reforço social positivo - O comportamento provoca uma resposta positiva de outras pessoas, como atenção ou apoio da família ou amigos.

Os pacientes geralmente relatam que a autolesão não suicida serve para regular ou controlar as emoções negativas (reforço negativo intrapessoal) (14,32,41,48-51). Em média, a autolesão não suicida atende a mais de uma das quatro funções (52).

Adolescentes com autocritica exacerbada podem estar mais vinculados a autolesão não suicida. Essa autocritica exacerbada também pode ser descrita como autoimagem negativa, autoavaliação negativa, aversão a si mesmo e ódio de si mesmo (16,39,53,54). Em particular, os jovens que relatam se odiar podem estar em maior risco de automutilação não suicida (54). Corroboram com essa perspectiva pesquisas sobre a função de autopunição da autolesão não suicida, comumente relatada entre adolescentes (14,40).

A identificação implícita ou auto-identificação traz a hipótese de que os indivíduos que se envolvem em práticas autolesivas desenvolvem forte associação entre esse comportamento e eles próprios, levando-os a selecionar essa resposta em momentos de angústia em detrimento de estratégias mais adaptativas (31,55,56).

2.3.2 Fatores Sociais

Os fatores sociais que podem estar envolvidos na patogênese da autolesão não suicida incluem maus-tratos na infância e uma infinidade de influências, que vão do bullying e cyberbullying ao contágio social.

Muitos estudos indicam que os maus-tratos na infância (negligência ou abuso) estão associados à autolesão não suicida. No entanto, muitos jovens que foram negligenciados ou abusados não se machucam, e muitos jovens que se machucam não foram negligenciados ou maltratados (48).

Uma revisão de 26 estudos concluiu que os maus-tratos na infância, especialmente o abuso sexual, estavam associados à autolesão não suicida (57). Uma meta-análise de seis estudos examinou a associação entre maus-tratos na infância e autolesão não suicida em adolescentes (tamanho da amostra não relatado); maus-tratos consistiam em abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e / ou negligência emocional. A probabilidade de se envolver em autolesão não suicida foi maior em adolescentes que foram maltratados do que naqueles que não foram (odds ratio 4,4, IC 95% 4,1-4,8) (58).

Um estudo subsequente avaliou 2.038 crianças e adolescentes e identificou uma história de autolesão não suicida ao longo da vida em 592 (59). Depois de controlar os fatores de confusão potenciais (por exemplo, idade, psicopatologia e suporte social), o abuso sexual (odds ratio 1,6) e abuso físico (odds ratio 1,5) foram associados à autolesão não suicida.

Uma revisão levantou a hipótese de que os sintomas de trauma, e não o evento em si, teriam relação entre maus-tratos na infância e autolesão não suicida (60). Outro estudo sugeriu que os transtornos psiquiátricos (por exemplo, transtornos depressivos e de ansiedade) podem explicar a associação entre maus-tratos na infância e autolesão não suicida (61). Formas indiretas de maus-tratos na infância, como testemunhar a violência doméstica, também estão associadas à autolesão não suicida na juventude (62).

A patogênese do comportamento de autolesão não suicida pode incluir influências de pares (30,42). A pesquisa sugere que as influências dos pares podem ocorrer por meio de efeitos de socialização e seleção.

Uma hipótese é que a socialização ou, em alguns casos, o contágio social, pode ocorrer, de forma que o comportamento em um indivíduo é subsequentemente emulado por amigos ou conhecidos. Evidências de contágio social de autolesão não suicida foram encontradas em amostras clínicas e comunitárias de jovens (63). O contágio social também pode ocorrer indiretamente por meio da exposição à mídia, como música, filmes, internet e mídia social (64,65). A influência social pode ser maior caso ocorra uma ascensão entre o indivíduo e o influenciador, como é o caso de ídolos. Os jovens também podem aprender outros novos métodos ou técnicas de autolesão não suicida por meio dessas fontes.

Uma outra hipótese afirma que a autolesão não suicida entre pares pode ocorrer devido aos efeitos de seleção; ou seja, os jovens fazem amizade com colegas com os mesmos interesses e comportamentos, como automutilação não suicida (30).

O aprendizado social pode ser mais importante para o início da autolesão não suicida, enquanto outros fatores de reforço podem ser mais importantes para a manutenção da autolesão não suicida (13,63). Além disso, a autolesão não suicida pode ser socialmente reforçada porque o comportamento ajuda os adolescentes a obterem algo que desejam em seu ambiente, como apoio (reforço social positivo), ou porque o comportamento remove algo negativo de seu ambiente, como demandas interpessoais (reforço social negativo).

2.3.3 Fatores Biológicos

Um número relativamente menor de pesquisas examinou modelos biológicos para a autolesão não suicida em adolescentes, apesar de vários sistemas neurobiológicos poderem estar envolvidos. Por exemplo, a autolesão não suicida pode ser causada por perturbações nos sistemas neurobiológicos relacionados com a regulação das emoções (66). Isso é consistente com a evidência de que os pacientes se envolvem em autolesões não suicidas para regular o afeto negativo.

Vulnerabilidade genéticas podem estar envolvidos na autolesão não suicida. Um estudo realizado com gêmeos adultos monozigóticos e dizigóticos descobriu que a contribuição relativa de fatores genéticos (herdabilidade) para a autolesão não suicida foi de 37 por cento para homens e 59 por cento para mulheres, e a contribuição restante foi atribuída a fatores ambientais não compartilhados (67). Este estudo também sugeriu que pode haver sobreposição de influências genéticas na transmissão de autolesão não suicida e ideação suicida. No entanto, outras evidências sugerem que a transmissão familiar de tentativas de suicídio e autolesão não suicida é distinta (68,69).

A patogênese da autolesão não suicida recorrente, caracterizada por diminuição da sensibilidade à dor, pode envolver opioides endógenos. Essa hipótese propõe que os indivíduos se envolvem em autolesões não suicidas para liberar opioides endógenos, talvez devido a níveis cronicamente baixos de opioides. Níveis cronicamente baixos de opioides endógenos podem tornar os receptores opioides hipersensíveis e, por sua vez, tornar os efeitos analgésicos dos opioides endógenos mais potentes (70). A favor dessa hipótese, um estudo descobriu que os pacientes com autolesões não suicidas recorrentes tinham níveis basais de opioides endógenos no líquido cefalorraquidiano mais baixos (beta-endorfina e metencefalina) do que os controles (71).

Além disso, o sistema opioide endógeno pode mediar a função de regulação emocional da autolesão não suicida. Especificamente, uma revisão da literatura sugere que os indivíduos com autolesão não suicida têm níveis basais mais baixos de opioides endógenos, que o envolvimento em autolesão não suicida está associado à liberação de opioides e que os opioides liberados durante a autolesão não suicida podem ajudar a regular o afeto negativo (44).

Já estudos do sistema serotoninérgico e autolesão não suicida produziram resultados inconsistentes, com alguns estudos sugerindo que a diminuição da função serotoninérgica está associada à autolesão não suicida, enquanto outros estudos sugerem que a função serotoninérgica não está relacionada ao comportamento (71). Estudos que ligam a função dopaminérgica à autolesão não suicida também é mista e amplamente inconsistente (71-73).

O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, sistema de resposta ao estresse, pode estar associado à autolesão não suicida. Esse sistema estaria excessivamente

estimulado, causando um estado de hipervigilância e resposta de luta e fuga em prontidão, elevando os níveis de cortisol e ativando o centro regulador do medo (amígdala central), aumentando a tendência a comportamentos impulsivos e agressivos. Quanto mais precoce e grave o comprometimento desse sistema, maior as chances de o indivíduo apresentar transtornos psiquiátricos. Adolescentes envolvidos em autolesões não suicidas podem apresentar uma resposta embotada a situações agudamente estressantes (13). Durante um teste de laboratório padronizado destinado a induzir estresse psicossocial, as respostas do cortisol ("hormônio do estresse") foram atenuadas em pacientes adolescentes do sexo feminino com autolesão não suicida no ano anterior, em comparação com controles saudáveis (74). Além disso, a pesquisa sugere que os adolescentes envolvidos em autolesões não suicidas podem ter níveis mais elevados de cortisol matinal, potencialmente em antecipação ao esforço a ser experimentado ao longo do dia. Especificamente, maior cortisol salivar ao despertar foi encontrado em pacientes psiquiátricos adolescentes com pelo menos cinco episódios de autolesão não suicida nos últimos seis meses, em comparação com controles saudáveis pareados por idade e sexo (75).

Exames de imagem trazem algumas evidências que circuitos neurais alterados podem ser a base da autolesão não suicida (70). Estudos de ressonância magnética funcional comparando indivíduos com e sem autolesão não suicida encontraram diferenças na atividade de várias áreas do cérebro e na conectividade funcional entre as regiões (76,77). Algumas das diferenças envolvem a maneira como os adolescentes envolvidos em autolesões não suicidas processam a rejeição social e outras informações emocionais.

Um estudo descobriu que os adolescentes exibiram ativação aumentada no putâmen (parte da região central da rede de saliência do cérebro) durante uma tarefa de exclusão social em comparação com as condições de inclusão social ou observação passiva (78). Esse padrão foi exclusivo para o grupo de autolesão não suicida, em comparação com controles saudáveis de mesma idade e adultos com transtorno de personalidade limítrofe. Outro estudo usando o mesmo paradigma de exclusão social descobriu que, embora as classificações subjetivas de sentimento de exclusão fossem comparáveis, havia diferenças no processamento neural durante essa tarefa. Adolescentes deprimidos envolvidos em autolesão não suicida exibiram

maior ativação no córtex pré-frontal, em comparação com ambos os pacientes adolescentes com depressão que não se envolveram em autolesão não suicida e controles saudáveis adolescentes (79).

Os adolescentes envolvidos em autolesão não suicida, também podem ter padrões neurais alterados ao visualizar imagens emocionais e materiais relacionados a autolesão não suicida. Em um estudo que comparou adolescentes do sexo feminino com e sem autolesão não suicida com quadro depressivo, o grupo de autolesão não suicida respondeu a imagens emocionais padronizadas e imagens relacionadas à autolesão não suicida com maior ativação no sistema límbico e regiões frontais, sugerindo maior hiperexcitação emocional e tentativas de compensar com desregulação emocional (80). Outro sugeriu que adolescentes envolvidos em autolesão não suicida podem exibir conectividade amígdala-cortical aberrante (81). Em um estudo que comparou adolescentes do sexo feminino em autolesão não suicida com adolescentes controles saudáveis, o grupo de autolesão não suicida exibiu conectividade amígdala frontal atípica durante o estado de repouso e durante uma comparação emocional tarefa. Além disso, o grupo de autolesão não suicida também foi distinguido pela conectividade atípica entre a amígdala e áreas motoras suplementares. Tomados em conjunto, esses achados podem sugerir um mecanismo potencial ligando o afeto negativo ao envolvimento habitual na autolesão não suicida.

Um estudo examinou como os pacientes envolvidos em autolesão não suicida podem exibir processamento neural distinto da dor e “alívio” da dor (sugerindo recompensa) (82). Em comparação com os jovens não autolesões, os jovens envolvidos em autolesões não suicidas exibiram maior ativação em várias regiões de recompensa/processamento da dor e uma maior associação positiva entre o grau de alívio subjetivo induzido por estímulo doloroso e a atividade de várias regiões do cérebro (por exemplo, pré-cuneiforme, giro supramarginal, giro cingulado posterior e giro occipital).

2.4 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AUTOLESIVO

Não é usual a avaliação do comportamento autolesivo em entrevistas com adolescentes, mesmo sendo a prevalência alta. Entre médicos da atenção primária, menos de 30 por cento questionam esse comportamento e quase 50 por cento referem sentir-se despreparados para lidar com a automutilação não suicida (83).

A investigação de autolesão não suicida deve constar nos questionamentos sobre problemas psiquiátricos e outros problemas médicos, estado mental e exame físico, já que muitas vezes pode passar despercebida. Um estudo comunitário descobriu que entre os adolescentes com história de autolesão não-suicida ao longo da vida, 42% nunca relataram o comportamento a outra pessoa (84).

Sempre se deve suspeitar de autolesão não suicida (65,85,86) – Quadro 2.

Quadro 2 – Principais critérios para suspeita de autolesão não suicida

Lesões frequentes inexplicáveis ou "acidentais" nos antebraços, pulsos e mãos (ou outras partes do corpo), especialmente lesões que causam cicatrizes no braço não dominante
Vestimentas incomum ou impróprio, como mangas compridas em temperaturas mais quentes
Várias pulseiras, pulseiras ou outras joias que cubram grandes áreas do antebraço
Não participar de atividades que exijam menos roupas, como aulas de ginástica ou natação
História anterior de autolesão não suicida

Fonte: Elaborado pelo autor.

Identificando o comportamento autolesivo, é importante tentar entendê-lo e detalhá-lo. Para tanto, deve-se questionar (87-91):

- Início: Quando o comportamento começou? O que aconteceu na primeira vez que você se machucou?
- Frequência passada e atual do comportamento: Com que frequência ocorreu autolesão durante o último mês, ano anterior e no pior momento da vida do indivíduo? Quantas lesões ocorrem durante um único episódio de autolesão não suicida (por exemplo, quantos cortes durante um episódio de

autolesão não suicida)? A frequência aumentou, diminuiu ou permaneceu praticamente a mesma durante o mês ou ano anterior?

- Métodos passados e atuais de automutilação
- Gravidade médica / letalidade das lesões - Você já procurou atendimento médico para autolesão não suicida? Como você normalmente cuida das feridas?
- Localização das lesões no corpo.
- Contexto - Você se machuca sozinho ou perto de outras pessoas?
- Duração de um episódio - Quando você se envolve em uma autolesão não suicida, quanto tempo normalmente dura? Episódios de autolesão não suicida que duram mais do que alguns minutos podem indicar níveis maiores de sofrimento que desencadeiam o episódio.
- Antecedentes - Quais são os antecedentes proximais (gatilhos) para o envolvimento em autolesão não suicida, tanto para o comportamento passado quanto para o atual? Antecedentes incluem pensamentos, sentimentos e comportamentos que precedem diretamente ou levam um indivíduo a se envolver no comportamento. Os antecedentes mais comuns são sentimentos ou pensamentos negativos, como raiva, ansiedade, desesperança e tristeza. Esses sentimentos e pensamentos negativos podem ser precipitados por vários fatores estressantes ou eventos negativos da vida, como conflitos interpessoais (colegas, amigos e / ou família), fatores estressantes acadêmicos ou memórias traumáticas.
- Consequências do comportamento - Dói quando você se machuca? Como você se sente imediatamente após se machucar? Como você se sente horas depois de se machucar? Os adolescentes podem sentir um alívio inicial depois de se envolver no comportamento, mas a culpa ou a vergonha podem surgir mais tarde.
- Função do comportamento - Por que você se machuca? Como a automutilação o ajuda? O comportamento pode servir a várias funções para o paciente. A função mais comum da autolesão não suicida é a regulação das emoções negativas (por exemplo, raiva, ansiedade e tristeza).

- Fatores de proteção - Você se machuca toda vez que tem vontade de se machucar ou às vezes é capaz de resistir à vontade? Se for capaz de resistir ao impulso, o que o ajudará a fazer isso? Se você parou de se envolver em automutilação por um período de tempo no passado (dias, semanas ou meses), como conseguiu parar? O que você fez em vez disso?
- Impacto no funcionamento - Como a autolesão não suicida é problemática para você? Isso interfere na escola ou nos relacionamentos (família ou amigos)? O comportamento o impede de fazer coisas que gostaria de fazer?
- Parar o comportamento - Você já tentou parar no passado? Se sim, por quanto tempo você conseguiu parar? Avalie as razões pelas quais você deseja interromper a autolesão não suicida. Você quer parar agora?

Também é preciso entender (85,87):

- Relacionamentos (família, amigos e colegas) e estressores interpessoais.
- Outros sintomas e distúrbios psiquiátricos.
- Suporte: O paciente revelou o comportamento à família, amigos, professores ou outros suportes? O paciente já está recebendo tratamento para autolesão não suicida ou transtorno psiquiátrico?
- Ideações suicidas: comportamentos autolesivos que são acompanhados por qualquer intenção de morrer são classificados como suicidas.

2.5 FATORES DE RISCO JÁ DOCUMENTADOS

Embora vários correlatos transversais para autolesão não suicida tenham sido identificados, menos pesquisas se concentraram nos fatores de risco para autolesão não suicida, o que significa que menos pesquisas longitudinais foram conduzidas para examinar se a presença de um fator aumenta o risco de autolesão não suicida futura - prejuízo.

A pesquisa indica que a maioria dos correlatos identificados anteriormente para autolesão não suicida são fatores de risco fracos para o comportamento. Uma meta-

análise incluiu 20 estudos clínicos e comunitários que acompanharam prospectivamente mais de 5.000 adolescentes e adultos por uma média de 12 meses, durante os quais 168 indivíduos (principalmente adolescentes) se envolveram em autolesões não suicidas (48). Um total de 34 fatores de risco foram estudados, e o efeito geral combinado dos fatores de risco na previsão de autolesão não suicida foi estatisticamente significativo, mas clinicamente modesto (odds ratio 1,6, IC 95% 1,5-1,7); além disso, a heterogeneidade entre os estudos e o viés de publicação foram substanciais. Os fatores de risco com maiores efeitos (odds ratio > 3) na previsão de autolesão não suicida foram:

- História anterior de autolesão não suicida
- Transtornos de personalidade do Grupo B: transtornos de personalidade limítrofes, histriônicos, narcisistas ou anti-sociais
- Desespero

Além desses principais fatores de risco, essa meta-análise, associada a outros estudos, podem sugerir outros fatores de risco adicionais:

- Depressão (92)
- Sintomas (92,93)
- Sintomas internalizantes: por exemplo, afeto deprimido, retraimento social e estilo de atribuição negativo) (94)
- Sintomas externalizantes: por exemplo, agressão, comportamentos delinquentes e uso de substâncias) (93)
- Problemas de sono (95,96)
- Desregulação do afeto
- Socorro (97,98)
- Impulsividade autodeclarada
- História de maus-tratos na infância
- Outros eventos de vida negativos ou estressores, incluindo bullying (97,99-101)
- Pensamentos suicidas anteriores (93)

- Exposição à autolesão não suicida de pares
- Probabilidade autodeclarada de envolvimento em autolesão não suicida no futuro
- Psicopatologia parental
- Funcionamento familiar prejudicado

No entanto, muitos desses fatores de risco estão associados a vários tipos de comportamento mal-adaptativo e não são exclusivos da autolesão não suicida.

Em posição oposta, poucas pesquisas têm focado os fatores de proteção para a autolesão não suicida. Fatores que podem proteger adolescentes de autolesão não suicida incluem autovalor ou autocompaixão (100,102), traços de personalidade de afabilidade (ou seja, cordialidade e simpatia) e conscienciosidade (cuidado e vigilância) e satisfação com o suporte social (102,103).

2.6 PERSPECTIVAS DE PREVENÇÃO

Programas para prevenir a automutilação não-suicida em jovens são normalmente implementados nas escolas, com o objetivo de aumentar a conscientização sobre a automutilação não-suicida, reduzir o estigma e encorajar os jovens a buscarem a ajuda adequada de adultos e outras pessoas de confiança. Não há programas de prevenção de autolesão não suicida que tenham estabelecido sua eficácia em estudos randomizados.

O principal programa desenvolvido para prevenir a automutilação não-suicida é o programa Sinais de Auto-Lesão, um programa escolar que se concentra em aumentar o conhecimento sobre a automutilação não-suicida, melhorando as atitudes e comportamentos relacionados à busca de ajuda e reduzindo a frequência de autolesão não suicida. Em um estudo observacional prospectivo com adolescentes de cinco escolas, o programa Sinais de Autolesão aumentou o conhecimento preciso sobre a autolesão não suicida e melhorou as atitudes de busca de ajuda, como abertura para ajudar um amigo que está se machucando, mas não aumentou o comportamento de procura de ajuda (104).

Além dos programas de prevenção formais, as estratégias empiricamente informadas para prevenir a autolesão não suicida incluem o seguinte (105):

- Aumentar o conhecimento das habilidades de enfrentamento adaptativas e estratégias de regulação emocional (por exemplo, exercícios).
- Melhorar as conexões sociais dentro da família, escolas e comunidades.
- Encorajar o comportamento adaptativo de busca de ajuda e a comunicação sobre angústia e necessidade de cuidados de saúde mental.
- Aumentar o conhecimento sobre automutilação não-suicida entre os funcionários da escola, pais e outros que possam identificar sinais de angústia e atuar como guardiões do cuidado apropriado para os jovens.
- Dado o potencial de contágio social entre adolescentes, a autolesão não-suicida não deve ser exaltada e a discussão de métodos ou formas específicas de se envolver em autolesão não-suicida deve ser limitada, especialmente entre indivíduos que ainda não estão se engajando nesse comportamento.

3 SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL E A AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL:

3.1.1 O Início

O marco institucional fundador do alienismo brasileiro é a inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro-RJ, então sede da Corte Imperial, sendo não só o primeiro hospício da América Latina como também o primeiro manicômio ao sul da linha do Equador.

O alienismo toma forma na virada do século XVIII para o século XIX representando a vertente médico-científica para estudos e hipóteses referentes a loucura, que passa a ser definida como alienação mental, mais especificamente uma doença a ser tratada por um tipo especial de medicina. Dessa forma, os asilos de alienados tomam posição de vanguarda na medicina e na sociedade europeia, sendo prova de modernidade científica e tecnológica de uma nação.

Afastado do contexto europeu de queda da hegemonia monárquica e religiosa, o Hospício de Pedro II nasce em um Império oficialmente católico, subordinado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, administrado por seu provedor-geral e conduzido por freiras da Ordem de São Vicente de Paulo (106).

No Brasil Colônia e nos primeiros tempos de Independência são a Igreja e o Senhor-de-Engenho as “instituições” que ditam as regras sociais, do “bem-viver” e as práticas que devem ser adotadas na educação e condução do desenvolvimento infantil. No século XIX será a classe médica com suas teses, discursos, livros que irá cumprir essa função (107).

3.1.2 Século XX

No início do Século XX o país contava com 3 núcleos psiquiátricos bem definidos para abordagem de crianças e adolescentes: no Rio de Janeiro-RJ (Hospital Pedro II) sob influência da Psiquiatria alemã; em São Paulo-SP (Juqueri) com uma concepção organicista; em Recife-PE (108).

Os discursos e debates são centrados em temas Higienista: cuidado com doenças, mortalidade infantil, inicia-se o uso do termo “higiene mental”; e Eugenista: miscigenação e saúde mental (108,109). Nesse período ocorre uma aproximação entre psiquiatria infantil e deficiência intelectual.

Ao longo do século vários avanços foram se sucedendo. Nas primeiras décadas, o uso de testes psicológicos padronizados pelo grupo de Pernambuco e a criação de laboratórios de psicologia e Sociedade Pestalozzi Brasileira ganham destaque. Outro marco de importância é a criação da Sociedade Brasileira de Psicanálise. Aos poucos, estudiosos da Psiquiatria Infantil vão se distanciando dos Hospitais Psiquiátricos e assumindo cadeiras nas Universidades. A década de 70 marca a união de saberes com a criação da ABENEPI – Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil (e Profissões afins), que na década seguinte protagoniza uma dissociação de vertentes de saber, entre o modelo médico organicista neurológico e o psicodinâmico social da psiquiatria. O final do século marca uma nova aproximação, com os avanços do pensamento norte-americano e a crescente influência das neurociências (108).

No entanto todos os avanços nas tecnologias e propostas terapêuticas não ressoavam nas ações do Estado, que dessa forma, indiretamente, delegava o cuidado e “oficializava” o modelo vigente e a concepção da criança assistida: deficiência social (pobreza); deficiência mental (alienação); deficiência moral (delinquência); caracterizando a institucionalização do cuidado (110).

3.1.3 Final do Século XX - Reformulação

Este cenário começou a sofrer mudanças com uma série de acontecimentos mundiais e nacionais. A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, cujo lema foi “Saúde para todos no Ano 2000”, deu suporte referencial e legitimou os avanços propostos pelo Movimento Sanitarista. O país encontrava-se em momento de redemocratização e a Assembleia Nacional Constituinte discutia o modelo de assistência em saúde para a nação. Pouco antes, a 8ª Conferência Nacional de Saúde debateu e documentou os anseios da população e o entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, dando o primeiro passo para a criação de um sistema único de saúde universal, integral, descentralizado, com equidade e controle social (111).

Inserida nesse contexto, a Saúde Mental buscou novos dispositivos terapêuticos, ao mesmo tempo que denunciava maus tratos e excessos cometidos em instituições. Como marcos paradigmáticos podemos citar a criação do CAPS Itapeva, o primeiro no modelo substitutivo a ser implementado no país (na atenção a criança e adolescentes o CAPSi Pequeno Hans); o Encontro de Bauru-SP, que reuniu profissionais em torno do manifesto que de origem ao Movimento da Luta Antimanicomial; a intervenção em Santos-SP, primeira intervenção pública em uma instituição particular. No mesmo ano, foi levado ao Congresso Nacional o projeto de lei que 12 anos depois resultou na Lei que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (112). Apesar do momento profícuo e da implementação do Estatuto de Criança e do Adolescente, o debate sobre a saúde mental infantil não obteve destaque nesse período (113-116).

3.1.4 Século XXI – Consolidação do Modelo

Logo após a publicação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (112), alguns decretos e portarias foram editados, no intuito de consolidar a estruturação,

organização e repasse de recursos ao novo modelo assistencial. Em destaque tenho a Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002 (117), que estabeleceu os tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (entre eles o CAPSi, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes), a assistência prestada e os recursos humanos.

O conceito de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é incorporado em 2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde em diferentes níveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (118).

3.1.5 O Fortalecimento da RAPS

Após momento político conturbado no cenário nacional, que culminou com o *impeachment* da Presidente e condução do Vice ao cargo, em 2017 uma política de fortalecimento das RAPS foi publicada, incluindo os hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, nova modalidade de CAPS e serviços ambulatoriais especializados de nível secundário. Esse último em particular foi denominado - Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental – AMENT, destinado a usuários com transtornos mentais moderados que necessitam de cuidado intermediário entre a Atenção Básica e o CAPS. Não se configura como um serviço de “porta de entrada” para a rede, necessitando de encaminhamento dos outros níveis, podendo funcionar em Unidade própria ou em Ambulatórios Especializados (119).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Psiquiátrico
- Hospital-Dia
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental

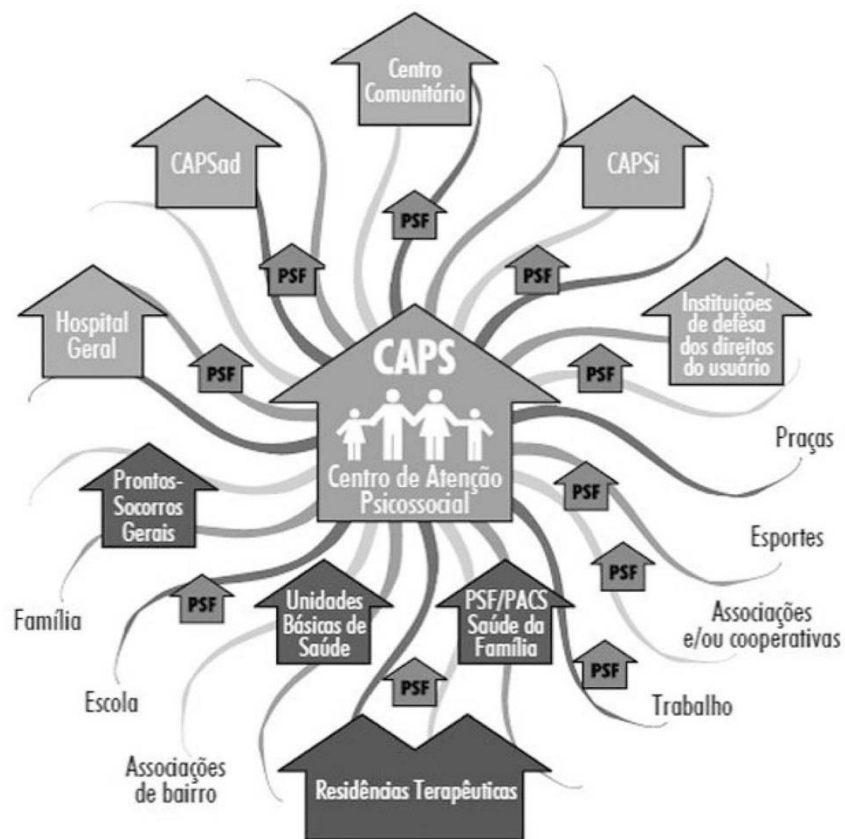


Figura 2 - Modelo de Rede de Atenção Psicossocial – RAPS
 Fonte: <https://images.app.goo.gl/zDbG4dB3BfH6Be6Z7>.

3.2. A LEI N. 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019

Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio - Lei Vovó Rose

Como forma de tentar entender e atuar na prevenção e no impacto causado pela autolesão não-suicida, foi promulgada e regulamentada a Política Nacional de Prevenção ao Suicídio e à Automutilação, Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 - Anexo A (12).

Em seus parágrafos, a Lei traz a luz uma série de indicativos e ações conjuntas em diversas esferas do poder público e da sociedade civil. Além de tratar o tema com a devida responsabilidade, promovendo saúde e prevenindo agravos, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio busca avanços, em destaque a obrigatoriedade de notificação de ocorrências, não só pelos estabelecimentos de saúde, mas também pelas Instituições de Ensino e Conselhos Tutelares, construindo melhores dados estatísticos e fomentando assim políticas públicas de maior alcance e qualidade. Outra proposta inovadora da Lei é a criação de canais de atendimento público com informações qualificadas de como abordar a questão e onde buscar ajuda profissional. A lei também fomenta a educação permanente de agentes envolvidos no contexto dos adolescentes, como educadores, assistentes sociais, profissionais da saúde e líderes comunitários e religiosos.

Torna-se um grande desafio a inserção da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (12) no contexto já estabelecido de outras políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde e de Saúde Mental, o Programas Nacionais de Educação, políticas sociais e mesmo de segurança pública. Entender a dinâmica da autolesão não-suicida no país, e também locais e regionais, facilita a construção de estratégias de ação mais eficazes.

4 OBJETIVOS

- ✓ Identificar o padrão de autolesão não suicida nos adolescentes em um contexto brasileiro.
- ✓ Identificar potenciais fatores de risco desse comportamento nessa população – prevenção e promoção de saúde;
- ✓ Dados para fomentar políticas públicas mais efetivas.

5 METODOLOGIA

O modelo escolhido para o desenvolvimento do estudo é o caso-controle, modelo retrospectivo, tendo um grupo CASO: no qual os participantes são selecionados entre indivíduos que apresentam o comportamento em análise (autolesão não suicida) e grupos CONTROLE: com indivíduos que não apresentam o comportamento. São aplicados, em todos os grupos os mesmos instrumentos padronizados de avaliação dos fatores pessoais e socioculturais de vulnerabilidade, com o objetivo de verificar a possível existência de associação entre tais fatores e o comportamento em estudo.

Os estudos caso-controle têm limitada implicação ética uma vez que não existe intervenção nem observação prospectiva de exposições de risco. Também tem a vantagem de ser método rápido, prático e de baixo custo para testar interação de um grande número de fatores que se relacionam com o evento estudado (120).

Para seleção de uma amostra representativa da população em estudo, foram utilizados os seguintes critérios: 1- indivíduos de ambos os sexos; 2- idade entre 12 a 18 anos, conforme faixa etária da adolescência preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (121).

Critério de inclusão:

- Grupo CASO: adolescentes com comportamento autolesivo, pelo menos 1 episódio ao longo da vida; 2- em acompanhamento psiquiátrico no Hospital Universitário de Brasília - HuB/UnB;

- Grupo CONTROLE: adolescentes sem histórico documentado de comportamento autolesivo.

Foram excluídos do estudo indivíduos com diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista - TEA, Deficiência Intelectual ou Transtornos Psicóticos, com ou sem comportamento autolesivo, em decorrência dessas patologias agregarem outras questões, como estereotípias, alterações da sensopercepção, que fazem diagnóstico diferenciais com a autolesão não suicida. Foram excluídos do grupo controle indivíduos que tiveram alguma resposta positiva no questionário FAMS.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados:

a - Inventário de Triagem do Uso de Drogas - DUSI-R (*Drug Use Screening Inventory*) (122,123)

O DUSI-R foi desenvolvido originalmente nos Estados Unidos da América (EUA) para suprir uma necessidade prática e objetiva de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes. No Brasil foi adaptado e validado por pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo. Por ser um questionário de fácil aplicação, o DUSI-R tem sido amplamente utilizado em levantamentos epidemiológicos realizados no contexto escolar. É composto por uma tabela inicial que aborda a frequência de consumo de treze classes de substâncias psicoativas seguida por 149 questões divididas em 10 áreas, fornecendo um perfil de intensidade de problemas em relação ao uso de substâncias psicoativas, comportamento; saúde; transtornos psiquiátricos; sociabilidade; sistema familiar, escola, trabalho, relacionamento com amigos, lazer/recreação. Todas as perguntas são fechadas e respondidas com “sim” ou “não”, sendo sim a presença do problema. Além das 10 áreas, o DUSI-R possui a “Escala de Mentira”, composta por 10 questões (uma ao final de cada área) que foram acrescentadas com a finalidade de checar possíveis questionários inválidos (Anexo B).

Quadro 3 - Áreas do DUSI-R

Área 1 – Uso de Substâncias	Investiga a frequência do uso de substâncias nos últimos 12 meses e a intensidade do envolvimento com substâncias
Área 2 - Comportamento	Investiga o isolamento social e problemas de comportamento
Área 3 - Saúde	Investiga acidentes, prejuízos e doenças
Área 4 - Desordens Psiquiátricas	Investiga ansiedade, depressão e comportamentos antissociais
Área 5 - Competência Social	Investiga as habilidades e interações sociais
Área 6 - Sistema Familiar	Investiga conflitos familiares, supervisão dos pais e qualidade de relacionamento
Área 7 - Escola	Investiga o desempenho acadêmico
Área 8 - Trabalho	Investiga a motivação para o trabalho
Área 9 – Relacionamento com os amigos	Investiga a rede social, o envolvimento em “gang” e a qualidade do relacionamento com os amigos
Área 10 – Lazer / Recreação	Investiga a qualidade das atividades durante o tempo de lazer

Fonte: Elaborado pelo autor.

b - Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation*) – FASM

Criado para investigar as formas e os meios utilizados, frequência e razão da automutilação. Foi traduzido e validado para o português com autorização formal do autor. É uma escala que aborda a ocorrência de 11 tipos de autolesão durante o último ano e, se afirmativos, sua frequência. Avalia se quaisquer dos tipos de autolesão foram tentativas de suicídio; o tempo gasto entre pensar e se mutilar; a idade em que praticaram a primeira automutilação; se ocorreu sob influência de alguma droga ou álcool; a intensidade da dor. Os aspectos motivadores da automutilação são avaliados por meio de uma lista de 23 itens, classificados em escala de quatro níveis, variando de “nunca” a “frequentemente” (Anexo C).

c - Questionário sociodemográfico

Desenvolvido para o estudo, tendo como base o modelo do décimo segundo censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IGBE, 2010) (124) - (Anexo D).

Para cada uma das 10 áreas foram calculados os riscos de possibilidades (odds ratios) entre os fatores de risco do grupo CASO em comparação ao grupo CONTROLE.

Os indivíduos selecionados e seus responsáveis legais receberam no primeiro contato todas as explicações sobre o estudo, tiveram suas dúvidas esclarecidas e, após optar pela participação, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e também o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B). Todos os cuidados foram tomados para que não haja diferença na abordagem dos adolescentes de modo a garantir a fidedignidade e evitar vícios de informação que possam nos dar resultados equivocados. A fim de evitar qualquer constrangimento aos participantes, foi preservado o anonimato, seus nomes em nenhum momento foram expostos na coleta de dados e na exposição dos resultados do estudo.

Os questionários foram aplicados por meio eletrônico, através do *Google Forms*, na presença do pesquisador, que deu suporte ético, técnico e emocional. Os adolescentes puderam ficar acompanhados de seus responsáveis legais, com a ressalva de não poderem influenciar nas respostas. Todos os participantes também

puderam optar, a qualquer momento, por não mais participar do estudo, mesmo após o preenchimento do TCLE e TALE.

Os dados foram agrupados em tabelas no aplicativo *Microsoft Excel* e processados no aplicativo IBM SPSS. O estudo está aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, inscrito sob o número CAAE 17493119.2.0000.5558 na Plataforma Brasil do Conselho Nacional de Saúde (Anexo E).

6 RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO GRUPO CASO

No total foram selecionados 74 participantes para compor o grupo caso. O questionário sociodemográfico desenvolvido para o estudo contou com 14 questões para melhor entendimento dessa população, das quais destacamos seis. A estratificação por faixa etária mostrou que 7 (9,5%) participantes encontram-se entre 10 e 12 anos, 35 (47,3%) entre os 13 e 15 anos e 32 (43,2%) entre 16 e 18 anos, como demonstrado no Gráfico 1.

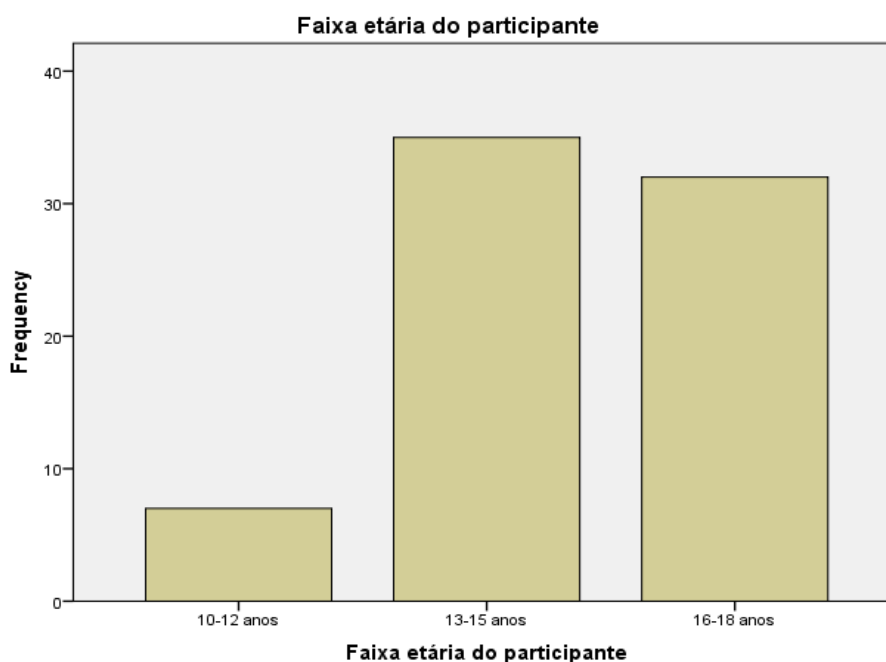


Gráfico 1 – Estratificação Grupo Caso por faixa etária
Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a identificação de gênero, 12 se declararam do gênero masculino (16,2%), 57 do gênero feminino (77,0%), 1 mulher transgenero (1,4%), 1 não binário (1,4%), 2 gêneros fluidos (2,7%) e 1 agenero (1,4%), como mostra o Gráfico 2.

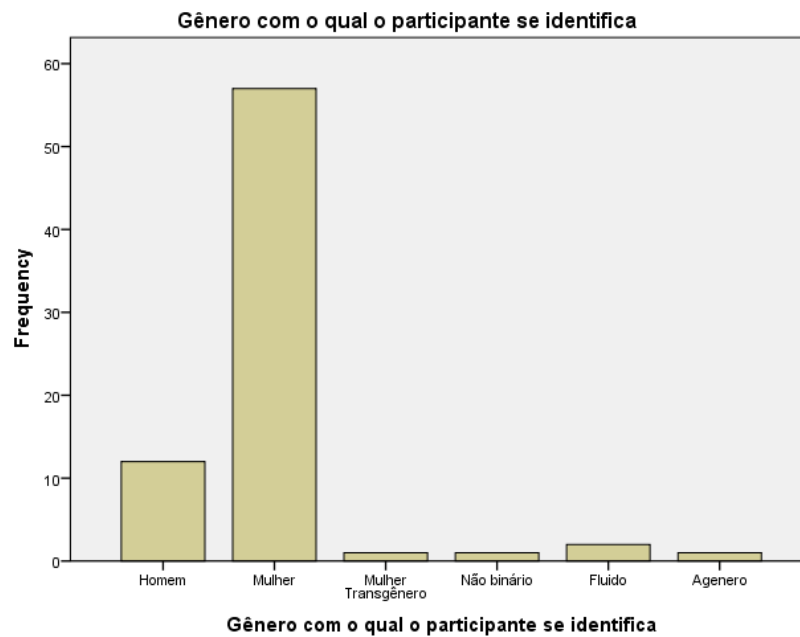


Gráfico 2 – Estratificação Grupo Caso por gênero
Fonte: Elaborado pelo autor.

Já com relação a orientação sexual, 2 (2,7%) se declararam homoafetivos, 40 (54,1%) heteroafetivos, 18 (24,3%) bissexuais, 1 (1,4%) assexual e 13 (17,6%) na categoria “outros”, como demonstrado no Gráfico 3.

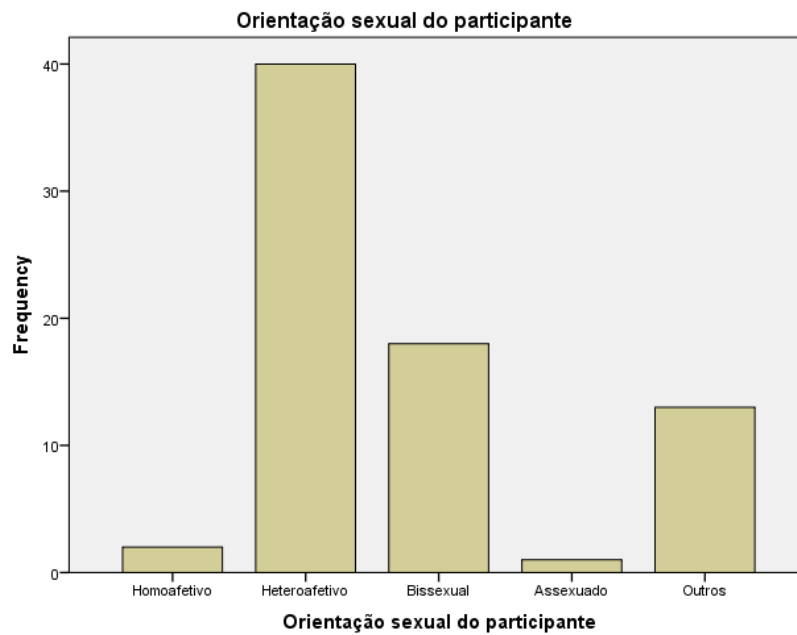


Gráfico 3 – Estratificação Grupo Caso por orientação sexual
Fonte: Elaborado pelo autor.

Se declararam brancos um total de 21 (28,4%) participantes, negros 11 (14,9%), pardos 39 (52,7%) e amarelos 3 (4,1%) – Gráfico 4.

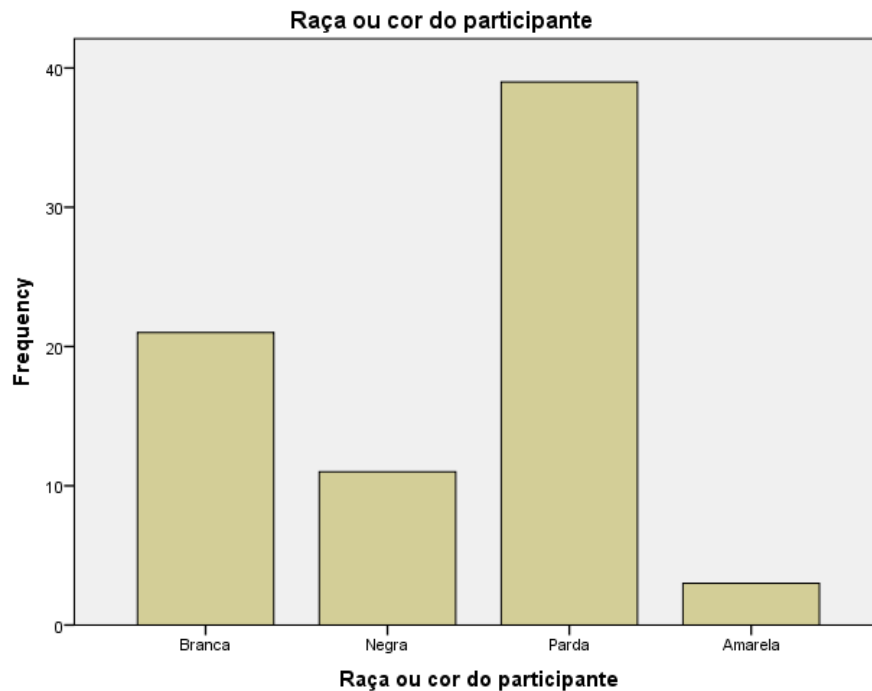


Gráfico 4 – Estratificação Grupo Caso por raça ou cor
Fonte: Elaborado pelo autor.

Para orientação religiosa, obtivemos 24 (32,4%) participantes declarantes como católicos, 18 (24,3%) como evangélicos, 5 (6,8%) espíritas, 3 (4,1%) como “outras” e 24 (32,4%) como “nenhuma”, como mostra o Gráfico 5.

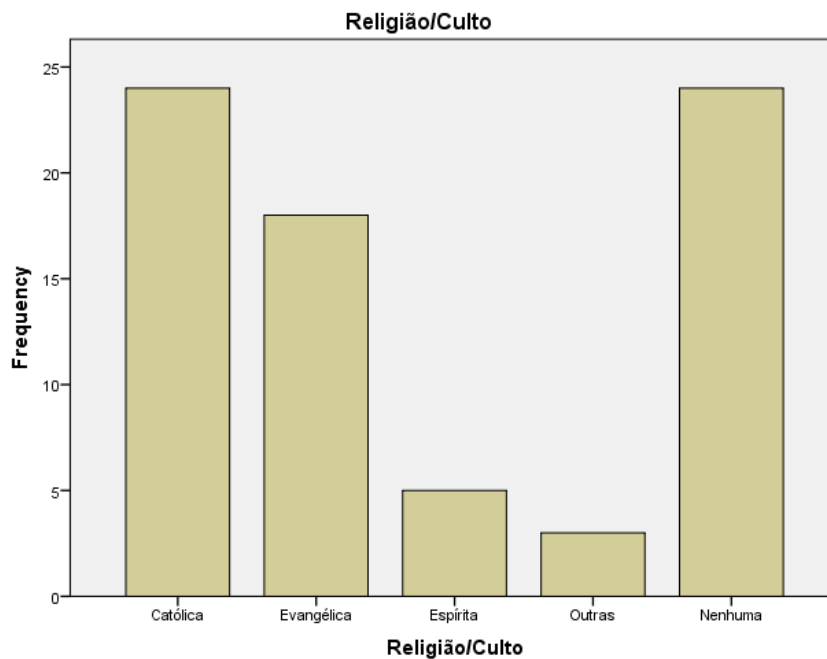


Gráfico 5 – Estratificação Grupo Caso por orientação religiosa
Fonte: Elaborado pelo autor.

A estratificação do Grupo Caso por renda mensal familiar mostrou que 24 (32,4%) vivem em família com até 1 salário mínimo, 29 (39,2%) com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, 12 (16,2%) entre 3 e 4 salários mínimos e 9 (12,2%) com renda familiar maior que 5 salários mínimos – Gráfico 6.

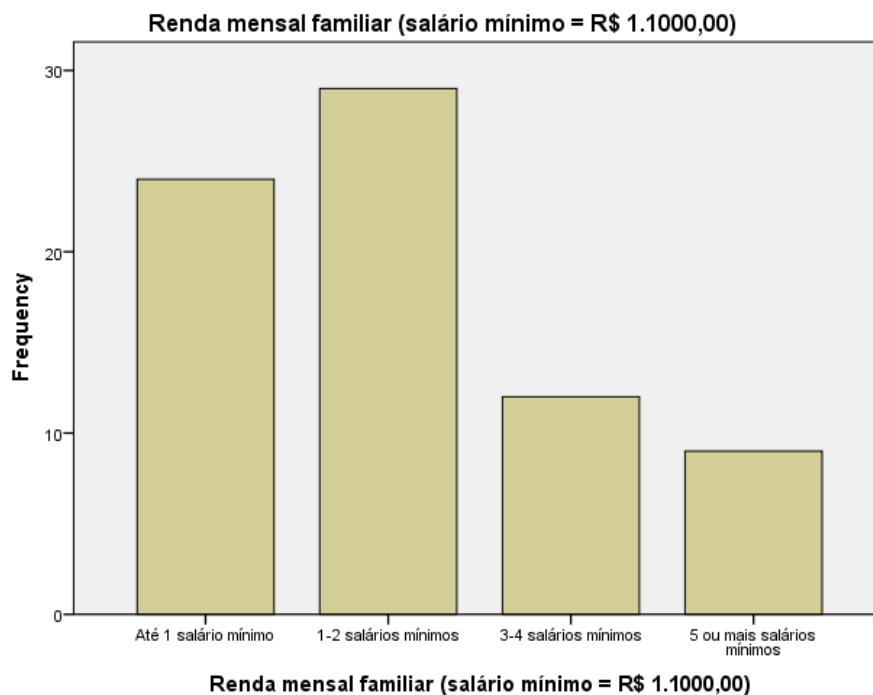


Gráfico 6 – Estratificação Grupo Caso por renda mensal familiar
Fonte: Elaborado pelo autor.

6.2 DESCRIÇÃO DO RESULTADOS OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DA ESCALA DE COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO – FAMS

Aplicada no Grupo Caso, a escala de comportamento de automutilação traz duas partes com forma de avaliação distinta, e se propõe a entender o padrão ocorrido no último ano a sua aplicação. A primeira parte apresenta lista com 11 diferentes tipos de comportamentos autolesivos e a possibilidade de elencar algum que não esteja entre as opções mencionadas (categoria “outro”). A segunda parte consiste em 22 declarações avaliando motivações/funções para o comportamento autolesivo, através de escala *Likert* de quatro pontos, variando de “nunca” a “frequentemente”.

Para os comportamentos autolesivos estudados, os resultados foram estratificados por resposta positiva ou negativa, em números absolutos e percentuais (Tabela 1).

Tabela 1 - Formas autodeclaradas de autolesão, segundo FAMS

No ano passado, você praticou alguns dos seguintes comportamentos (responda todos os itens):	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
1. cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele	51	68,9	23	31,1
2. bateu em você mesmo propositalmente	40	54,1	34	45,9
3. arrancou seus cabelos	20	27,0	54	73,0
4. fez uma tatuagem em você mesmo	10	13,5	64	86,5
5. cutucou um ferimento	49	66,2	25	33,8
6. queimou sua pele (p. ex., com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)	16	21,6	58	78,4
7. inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele	16	21,6	58	78,4
8. mordeu você mesmo (p. ex., sua boca ou lábio)*	47	63,5	26	35,1
9. beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar	30	40,5	44	59,5
10. fez vários arranhões em sua pele propositalmente	46	62,2	28	37,8
11. esfolou sua pele propositalmente	12	16,2	62	83,8
12. outros:	8	10,8	66	89,2

Fonte: Elaborada pelo autor.

Nota:*uma resposta nula (n1-1,4%).

Ganham destaque os valores apresentados no item 1 (cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele) com 68,9% de respostas afirmativas, no item 2 (bateu em você mesmo propositalmente) com 54,1%, item 3 (cutucou um ferimento) com 66,2%, item 8 (mordeu você mesmo, como sua boca ou lábio) com 63,5% e item 10 (fez vários arranhões em sua pele propositalmente) com 62,2%.

Já para o estudo das motivações/funções para o comportamento autolesivo, ganham destaque os representados no item 2 (para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença) com 36,5% de respostas “frequentemente”, o item 10 (para se castigar) com 31,1% de respostas “frequentemente” e o item 14 (para parar sentimentos/sensações ruins) com 39,2%, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Motivações autodeclaradas para a realização de autolesão não suicida

Você já SE AGREDIU por alguma das razões listadas abaixo? (marque todas as alternativas que já aconteceram):	nunca n (%)	raramente n (%)	às vezes n (%)	frequentemente n (%)
1. para não ir à escola, trabalho ou outras atividades	58(78,4)	8(10,8)	4(5,4)	4(5,4)
2. para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença	25(33,8)	9(12,2)	13(17,6)	27(36,5)
3. para chamar a atenção	63(85,1)	8(10,8)	2(2,7)	1(1,4)
4. para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor	39(52,7)	6(8,1)	14(18,9)	15(20,3)
5. para evitar ter que fazer algo “chato”, que você não queria fazer	62(83,8)	7(9,5)	4(5,4)	1(1,4)
6. para controlar uma situação	39(52,7)	9(12,2)	14(18,9)	12(16,2)
7. para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa	64(86,5)	4(5,4)	4(5,4)	2(2,7)
8. para receber mais atenção dos pais ou amigos	63(85,1)	4(5,4)	5(6,8)	2(2,7)
9. para evitar estar com outras pessoas	57(77,0)	9(12,2)	4(5,4)	4(5,4)
10. para se castigar	32(43,2)	8(10,8)	11(14,9)	23(31,1)
11. para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse	63(85,1)	5(6,8)	3(4,1)	3(4,1)
12. para se parecer alguém que você respeita	69(93,2)	1(1,4)	3(4,1)	1(1,4)
13. para evitar ser punido ou assumir as consequências	60(81,1)	7(9,5)	5(6,8)	2(2,7)
14. para parar sentimentos/sensações ruins	25(33,8)	8(10,8)	12(16,2)	29(39,2)
15. para mostrar aos outros o quão desesperado você estava	54(73,0)	8(10,8)	8(10,8)	4(5,4)
16. para se sentir fazendo parte de um grupo	67(90,5)	4(5,4)	2(2,7)	1(1,4)
17. para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você	56(75,7)	12(16,2)	4(5,4)	2(2,7)
18. para fazer algo quando está sozinho	63(85,1)	8(10,8)	3(4,1)	0(0,0)
19. para fazer algo quando está com outros	71(95,9)	3(4,1)	0(0,0)	0(0,0)
20. para pedir ajuda	44(59,5)	12(16,2)	11(14,9)	7(9,5)
21. para deixar os outros com raiva	70(94,6)	3(4,1)	1(1,4)	0(0,0)
22. para sentir-se relaxado	33(44,6)	16(21,6)	12(16,2)	13(17,6)

Fonte: Elaborada pelo autor.

6.3 DESCRIÇÃO DOS RISCOS DE POSSIBILIDADE (ODDS RATIO) OBTIDOS
PELA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE TRIAGEM DO USO DE DROGAS –
DUSI-R (*Drug Use Screening Inventory*) NO GRUPO CASO E CONTROLE

Tabela 3 - Odds Ratio para questões da Área 1 – Uso de Substância

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Alguma vez você sentiu “fissura” ou um forte desejo por álcool ou outras drogas	15,400	1,924	123,288
2- Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?	3,973	0,822	19,200
3- Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	1,511	1,275	1,791
4- Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	1,548	1,293	1,853
5- Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	1,511	1,275	1,791
6- Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar “alto” sob efeito de álcool ou drogas?	1,523	1,281	1,811
7- Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa de drogas?	5,366	0,644	44,699
8- Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	xxxx	xxxx	xxxxx
9- Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?	1,500	1,269	1,772
10- Alguma vez você teve discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa do seu uso de álcool ou drogas?	4,714	0,561	39,646
11- Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?	1,872	0,198	17,747
12- Alguma vez você teve sintomas de abstinência após uso de álcool (ex: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?	1,429	0,348	5,857
13- Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	8,324	1,023	67,724
14- Você gosta de “brincadeiras” que envolvem bebidas quando vai a festas? (ex: vira-vira, apostas para ver quem bebe mais rápido ou maior quantidade, etc)	10,057	1,245	81,269
15- Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	1,535	1,287	1,831
16- Alguma vez você disse mentira?	2,750	0,834	9,073

Fonte: Elaborada pelo autor.

Para a Área 1 de avaliação do inventário DUSI-R, que questiona comportamento relacionado a uso de substâncias, estão inseridos dentro do intervalo de confiança, acima do número 1, tendo potencial para ser fator de risco, os seguintes itens: item 1 (Alguma vez você sentiu “fissura” ou um forte desejo por álcool ou outras drogas) com OD de 15,4 (IC 1,92-123,28); item 3 (Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?) com OD de 1,51 (IC 1,27-1,79); item 4 (Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?) com OD 1,55 (IC 1,29-1,85); item 5 (Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?) com OD de 1,51 (IC 1,27-1,79); item 6 (Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar “alto” sob efeito de álcool ou drogas?) com OD de 1,52 (IC 1,28-1,81); item 9 (Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?) com OD de 1,50 (IC 1,27-1,77); item 13 (Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?) com OD de 8,32 (IC 1,24-81,27); item 14 (Você gosta de “brincadeiras” que envolvem bebidas quando vai a festas?) com OD de 10,06 (IC 1,24-81,27) e o item 15 (Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?) com OD de 1,53 (IC 1,29-1,83).

Tabela 4 - Odds Ratio para questões da Área 2 – Comportamento

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Você briga muito?	21,154	2,648	168,962
2- Você se acha melhor que os outros?			
3- Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?	1,460	1,250	1,706
4- Você grita muito?	4,392	1,481	13,027
5- Você é teimoso?	2,187	0,727	6,581
6- Você é desconfiado em relação a outras pessoas?	1,763	0,361	8,606
7- Você xinga ou fala muitos palavrões?	8,708	2,567	29,545
8- Você provoca muito as pessoas?	12,000	1,492	96,504
9- Você tem um temperamento difícil?	5,194	1,740	15,506
10- Você é muito tímido?	0,359	0,126	1,022
11- Você ameaça ferir as pessoas?	1,622	1,328	1,980
12- Você fala mais alto do que os outros jovens?	3,958	1,037	15,112
13- Você se chateia ou se aborrece facilmente?	2,187	0,727	6,581
14- Você faz muitas coisas sem antes pensar nas consequências?	1,683	0,610	4,641
15- Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?	19,556	2,448	156,231
16- Se você puder você tira vantagem das pessoas?	2,561	0,514	12,770
17- Geralmente você se sente irritado ou bravo?	6,875	2,110	22,398
18- Você gasta a maior parte do seu tempo livre sozinho?	4,111	1,455	11,619
19- Você costuma se isolar dos outros?	6,198	2,057	18,671
20- Você é muito sensível a críticas?	4,111	1,455	11,619
21- Sua maneira de comer é melhor no restaurante do que em casa?	1,540	0,555	4,271

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os dados coletados com relação a Área 2 do DUSI-R, questões que avaliam diversos comportamentos disfuncionais, mostram que são potenciais fatores de risco os itens: item 1 (Você briga muito?) com OD de 21,15 (IC 2,65-168,96); item 3 (Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?) com OD 1,46 (IC 1,25-1,71); item 4 (Você grita muito?) com OD de 4,39 (IC 1,48-13,03); item 7 (Você xinga ou fala muitos palavrões?) com OD de 8,70 (IC 2,57-29,54); item 8 (Você provoca muito as pessoas?) com OD de 12,00 (IC 1,49-96,50); item 9 (Você tem um temperamento difícil?) com OD de 5,19 (IC 1,74-15,11); item 11 (Você ameaça ferir as pessoas?)

com OD de 1,62 (IC 1,33-1,98); item 12 (Você fala mais alto do que os outros jovens?) com OD de 3,96 (IC 1,04-15,11); item 15 (Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?) com OD de 19,56 (IC 2,45-156,23); item 17 (Geralmente você se sente irritado ou bravo?) com OD de 6,87 (IC 2,11-22,40); item 18 (Você gasta a maior parte do seu tempo livre sozinho?) com OD de 4,11 (IC 1,45-11,62); item 19 (Você costuma se isolar dos outros?) com OD de 6,20 (IC 2,06-18,67) e o item 20 (Você é muito sensível a críticas?) com OD de 4,11 (IC 1,45-11,70).

Tabela 5 - Odds Ratio para questões da Área 3 – Saúde

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos nos últimos 12 meses?	1,286	0,464	3,565
2- Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?	5,250	1,100	25,056
3- Você tem problemas com o seu sono?	3,000	0,994	9,051
4- Recentemente, você ganhou ou perdeu mais de 4 kg?	2,089	0,725	6,020
5- Você tem menos energia do que acha que deveria ter?	5,762	1,838	18,062
6- Você tem problemas de respiração ou tosse?	1,068	0,396	2,879
7- Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos genitais?	2,731	0,878	8,499
8- Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?	1,479	1,259	1,738
9- Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?	2,620	0,953	7,205
10- Alguma vez a parte branca dos seus olhos ficou amarela?	0,894	0,152	5,265
11- Você as vezes sente vontade de xingar?	1,746	0,489	6,229

Fonte: Elaborada pelo autor.

Já para as questões envolvendo a área 3, sobre saúde, obtivemos potenciais fatores de risco no item 2 (Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?) com OD de 5,25 (IC 1,10-25,06); item 5 (Você tem menos energia do que acha que deveria ter?) com OD de 5,76 (IC 1,84-18,06) e item 8 (Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?) com OD de 1,48 (IC 1,26-1,74).

Tabela 6 - Odds Ratio para questões da Área 4 – Desordens Psiquiátricas

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?	1,523	1,281	1,811
2- Você roubou coisas em mais de uma ocasião?	4,093	0,481	34,837
3- Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?	1,511	1,275	1,791
4- Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?	4,547	1,595	12,965
5- Você é agitado e não consegue sentar quieto?	1,618	0,594	4,403
6- Você fica frustrado facilmente?	4,278	1,439	12,721
7- Você tem problemas em se concentrar?	2,089	0,725	6,020
8- Você se sente triste muitas vezes?	24,889	5,921	104,616
9- Você rói unha?	1,438	0,535	3,863
10- Você tem problemas durante o sono? (pesadelos, sonambulismo)	3,543	1,238	10,136
11- Você é nervoso?	4,135	1,352	12,642
12- Você se sente facilmente amedrontado?	2,032	0,715	5,775
13- Você se preocupa demais?	1,125	0,255	4,955
14- Você tem dificuldade em pensar em determinadas coisas?	4,041	1,271	12,844
15- As pessoas olham com estranheza para você?	3,744	1,206	11,622
16- Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?	10,920	2,316	51,492
17- Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?	1,511	1,275	1,791
18- Você sente medo de estar entre as pessoas?	3,603	1,072	12,112
19- Frequentemente você sente vontade de chorar?	11,786	3,652	38,030
20- Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?	1,626	0,402	6,571
21- Alguma vez se sentiu tentado a roubar alguma coisa?	5,366	0,644	44,699

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Área 4 do DUSI-R, que questiona sobre problemas psiquiátricos, trouxe como potencial fator de risco o item 1 (Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?) com OD de 1,52 (IC 1,28-1,81); o item 3 (Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?) com OD de 1,51 (IC 1,3-1,79); item 4 (Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?) com OD de 4,55 (IC 1,59-

12,96); item 6 (Você fica frustrado facilmente?) com OD de 4,28 (IC 1,44-12,72); item 8 (Você se sente triste muitas vezes?) com OD de 24,89 (IC 5,92-104,61); item 10 (Você tem problemas durante o sono?) com OD de 3,5 (IC 1,24-10,14); item 11 (Você é nervoso?) com OD de 4,13 (IC 1,35-12,64); item 14 (Você tem dificuldade em pensar em determinadas coisas?) com OD de 4,04 (IC 1,27-12,84); item 15 (As pessoas olham com estranheza para você?) com OD de 3,74 (IC 1,20-11,62); item 16 (Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?) com OD de 10,92 (IC 2,32-51,49); item 17 (Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?) com OD de 1,51 (IC 1,27-1,79); item 18 (Você sente medo de estar entre as pessoas?) com OD de 3,60 (IC 1,07-12,11) e item 19 (Frequentemente você sente vontade de chorar?) com OD de 11,79 (IC 3,65-38,03)

Tabela 7 - Odds Ratio para questões da Área 5 – Competência Social

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Você acha que os jovens da sua idade não gostam de você?	7,363	2,182	24,837
2- Em geral você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?	4,190	1,455	12,067
3- É difícil fazer amizade em um grupo novo?	2,015	0,743	5,465
4- As pessoas tiram vantagens de você?	4,050	1,304	12,577
5- Você tem medo de lutar pelos seus direitos?	2,323	0,743	7,256
6- É difícil para você pedir ajuda aos outros?	2,979	1,050	8,455
7- Você é facilmente influenciado por outros jovens?	6,234	1,313	29,595
8- Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?	2,189	0,805	5,957
9- Você se preocupa em como suas ações irão afetar os outros?	0,812	0,251	2,627
10- Você tem dificuldade em defender suas opiniões?	1,540	0,555	4,271
11- Você tem dificuldade em dizer não para as pessoas?	1,750	0,643	4,765
12- Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?	1,156	0,393	3,406
13- As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?	1,108	0,339	3,617
14- Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?	2,051	0,751	5,597
15- O seu humor as vezes muda?	13,889	1,518	127,063

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Área 5 do DUSI-R, que questiona sobre comportamento social, trouxe os seguintes destaques: item 1 (Você acha que os jovens da sua idade não gostam de você?) com OD de 7,36 (IC 2,18-24,84); item 2 (Em geral você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?) com OD de 4,19 (IC 1,45-12,06); item 4 (As pessoas tiram vantagens de você?) com OD de 4,05 (IC 1,30-12,57); item 6 (É difícil para você pedir ajuda aos outros?) com OD de 2,98 (IC 1,05-8,45); item 7 (Você é facilmente influenciado por outros jovens?) com OD de 6,23 (IC 1,31-29,59); item 15 (O seu humor as vezes muda?) com OD de 13,89 (IC 1,52-127,06).

Tabela 8 - Odds Ratio para questões da Área 6 – Sistema Familiar

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Algum membro de sua família usou maconha ou cocaína no último ano?	2,281	0,581	8,950
2- Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?	1,180	0,432	3,221
3- Algum membro de sua família foi preso no último ano?	0,306	0,074	1,271
4- Você tem tido discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?	11,813	2,504	55,717
5- Sua família dificilmente faz coisas juntos?	1,878	0,660	5,341
6- Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?	3,735	1,264	11,033
7- Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?	1,626	0,402	6,571
8- Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre coisas que são importantes para você?	9,208	2,964	28,606
9- Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?	2,820	0,834	9,539
10- Seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?	2,051	0,519	8,115
11- Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?	0,589	0,208	1,664
12- Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?	10,057	1,245	81,269
13- Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?	6,933	1,830	26,265
14- Você se sente em perigo em casa?	1,575	1,306	1,899
15- Você as vezes fica bravo?	2,333	0,308	17,687

Fonte: Elaborada pelo autor.

A área 6 do questionário, sobre o sistema familiar, trouxe como dados de destaque os itens: item 4 (Você tem tido discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?) com OD de 11,81 (IC 2,50-55,72); item 6 (Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?) com OD de 3,73 (IC 1,26-11,03); item 8 Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre coisas que são importantes para você?) com OD de 9,21 (IC 2,96-28,60); item 12 (Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?) com OD de 10,06 (IC 1,24-81,27); item 13 (Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?) com OD de 6,93 (IC 1,83-26,26) e o item 14 (Você se sente em perigo em casa?) com OD de 1,57 (IC 1,31-1,90).

Tabela 9 - Odds Ratio para questões da Área 7 – Escola

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Você gosta da escola?	0,339	0,115	1,000
2- Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?	2,636	0,890	7,807
3- Suas notas são abaixo da média?	4,567	1,362	15,315
4- Você “cabula” aula mais do que dois dias no mês?	1,626	0,402	6,571
5- Você falta muito à escola?	1,625	0,466	5,664
6- Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?	4,383	1,410	13,621
7- Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?	6,600	2,100	20,745
8- Frequentemente, você se sente sonolento nas aulas?	3,000	0,994	9,051
9- Frequentemente, você chega atrasado para a aula?	1,953	0,381	10,020
10- Neste ano, seus amigos de escola são diferentes daqueles do ano passado?	0,737	0,257	2,114
11- Você se irrita facilmente ou se chateia quando está na escola?	2,005	0,731	5,503
12- Você fica entediado na escola?	1,410	0,490	4,051
13- Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?	4,940	1,473	16,565
14- Você se sente em perigo na escola?	2,523	0,647	9,832
15- Você já repetiu de ano alguma vez?	0,756	0,198	2,889

Continua

Tabela 9 - Odds Ratio para questões da Área 7 – Escola

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
16- Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc) ou nas atividades extracurriculares?	5,926	1,564	22,457
17- Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?	1,523	1,281	1,811
18- Alguma vez você teve problemas na escola por causa de álcool ou das drogas?	1,489	1,264	1,755
19- Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?	1,535	1,287	1,831
20- Alguma vez você foi suspenso?	2,561	0,514	12,770
21- Você as vezes adia coisas que você precisa fazer?	0,512	0,100	2,626

Fonte: Elaborada pelo autor.

Nas questões relativas aos temas escolares, área 7 do DUSI-R, obtivemos destaque para o item 3 (Suas notas são abaixo da média?) com OD de 4,58 (IC 1,36-15,31); item 6 (Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?) com OD de 4,38 (IC 1,41-13,62); item 7 (Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?) com OD de 6,60 (IC 2,10-20,74); item 13 (Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?) com OD de 4,94 (IC 1,47-16,56); item 16 (Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética etc) ou nas atividades extracurriculares?) com OD de 5,92 (IC 1,56-22,45); item 17 (Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?) com OD de 1,52 (IC 1,28-1,81); item 18 (Alguma vez você teve problemas na escola por causa de álcool ou das drogas?) com OD de 1,49 (IC 1,26-1,75); item 19 (Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?) com OD de 1,53 (IC 1,29-1,83).

Tabela 10 - Odds Ratio para questões da Área 9 – Relacionamento com amigos

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?	0,783	0,287	2,133
2- Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?	1,362	0,424	4,372
3- Algum de seus amigos “cola” nas provas?	0,802	0,279	2,310
4- Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam dos seus amigos?	2,520	0,808	7,856
5- Algum de seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?	1,429	0,348	5,857
6- A maioria dos seus amigos é mais velho do que você?	3,449	1,169	10,176
7- Seus amigos costumam faltar muito na escola?	0,263	0,093	0,743
8- Seus amigos ficam entediados em festas quando não é servido álcool?	2,281	0,581	8,950
9- Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas nos últimos 12 meses?	0,782	0,263	2,323
10- Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?	2,933	0,332	25,885
11- Você pertence a alguma “gang”?	1,460	1,250	1,706
12- Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?	1,357	0,473	3,894
13- Você sente que não tem nenhum amigo para quem possa fazer confidências?	2,327	0,789	6,866
14- Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?	2,051	0,751	5,597
15- Alguma vez você foi convencido a fazer alguma coisa que você não queria fazer?	1,210	0,434	3,374

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na relação com os amigos, Área 8 do DUSI-R, obtivemos: item 6 (A maioria dos seus amigos é mais velho do que você?) com OD de 3,45 (IC 1,17-10,18); item 11 (Você pertence a alguma “gang”?) com OD de 1,46 (IC 1,25-1,71).

Tabela 11 - Odds Ratio para questões da Área 10 – Lazer Recreação

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Comparado a maioria dos jovens, você faz menos esportes?	1,683	0,610	4,641
2- Durante a semana, você normalmente sai a noite para se divertir, sem permissão?	1,511	1,275	1,791
3- Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?	0,970	0,362	2,599
4- Na maioria das festas que você temido recentemente, os pais estão ausentes?	0,924	0,336	2,540
5- Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?	0,723	0,266	1,969
6- Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?	0,400	0,140	1,141
7- Você se sente entediado a maior parte do tempo?	6,818	2,299	20,218
8- Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?	2,182	0,799	5,955
9- Você usa álcool ou drogas para se divertir?	3,973	0,822	19,200
10- Comparado com a maioria dos jovens você se envolve menos em “hobbies” ou outras atividades de lazer?	0,970	0,362	2,599
11- Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?	8,640	2,710	27,548
12- Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?	2,200	0,797	6,076
13- Você alguma vez comprou alguma coisa que você não precisava?	1,647	0,508	5,342

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na Área 10, última área do DUSI-R, que avalia questões ligadas a lazer e recreação, foram destaque o item 2 (Durante a semana, você normalmente sai a noite para se divertir, sem permissão?) com OD de 1,51 (IC 1,27-1,79); item 7 (Você se sente entediado a maior parte do tempo?) com OD de 6,82 (IC 2,30-20,22); item 11 (Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?) com OD de 8,64 (IC de 2,71-27,55).

7 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostram que os questionários selecionados cumpriram a função de entendimento do perfil sociodemográfico da população estudada, o comportamento autolesivo do grupo caso e identificar possíveis fatores de risco ao comparar os grupos caso e controle.

A estratificação por faixa etária encontrada no grupo caso representa, de certa forma, os dados encontrados nas principais referências bibliográficas sobre o tema, com uma prevalência menor aos 12 anos com pico entre 13-15 anos e recuo entre 16-18 anos.

Estudos comunitários não mostraram diferenças significativas na prevalência entre gênero, porém entre estudos com indivíduos em acompanhamento profissional existe uma maior prevalência no gênero feminino. Ao contrário das referências, o estudo atual trouxe uma incidência maior de indivíduos do sexo feminino. Também contrariando os estudos de referência, que mostram maior prevalência em não-heterossexuais, grande parte dos indivíduos do grupo caso se declararam heterossexuais.

A estratificação do grupo caso por raça ou cor apresentou diferença com relação aos dados da população brasileira segundo o Censo de 2010 (124). No censo, se declaram brancos 47,51%, pardos 43,42%, pretos 7,52% e amarelos 1,1%. No grupo caso, foram 28,4% participantes brancos, 14,9% pretos, 52,7% pardos e 4,1% amarelos. Tais diferenças parecem mais relacionadas ao perfil de usuários do serviço de saúde do que relacionado ao comportamento autolesivo. Não se sabe se a prevalência de autolesão não suicida difere entre grupos raciais e étnicos. Alguns estudos sugerem maior risco entre os indivíduos brancos em comparação com outros grupos raciais (125), alguns estudos sugerem que o comportamento pode ser mais prevalente entre grupos raciais minoritários (126), e ainda outros estudos não encontraram diferenças com base na raça ou etnia (15,125,127).

A estratificação por religião/culto, também mostra algumas diferenças com relação ao censo brasileiro de 2010 (124). Já a renda mensal familiar encontra-se dentro do esperado comparado aos dados do IBGE.

A Escala de Comportamento Autolesivo (FAMS), aplicada ao grupo caso trouxe dados próximos aos obtidos em estudos internacionais. Em sua primeira parte, que avalia forma de se lesar, as maiores prevalências ocorreram para a prática de cortes ou pequenos cortes (68,9%), bater em você mesmo (54,1%), cutucar um ferimento (66,2%), morder você mesmo (63,5%) e arranhar-se com 62,2%, o que está de acordo com as principais literaturas sobre o tema. A maioria dos pacientes que se envolvem repetidamente em autolesões não suicidas usa vários métodos ao longo da vida (15, 34-36,128). O número médio de métodos usados por um grupo de adolescentes hospitalizados que se envolveram em autolesões não suicidas no ano passado foi quatro. O uso de vários métodos para infligir autolesão está associado a uma psicopatologia mais grave e a um maior risco de tentativa de suicídio.

Já a segunda parte do FAMS, que avalia a motivação/funções para o comportamento autolesivo também trouxe dados próximos aos principais estudos de referência e estão entre os critérios diagnósticos propostos pelo DSM 5. Também corroboram com a tese de funções para o ato, com reforços (positivo ou negativo) e consequências (intrapessoais e sociais) No presente estudo as respostas mais prevalentes foram: para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença com 36,5%, para se castigar com 31,1% e para parar sentimentos/sensações ruins com 39,2% (14,16,22,49,125,129).

O DUSI-R, com 10 áreas de pesquisa, contempla ampla cobertura para entendimento do indivíduo que o responde e facilita o agrupamento de informações para estudos coletivos. Ao todo, obtivemos 63 potenciais fatores de risco, sendo 9 relacionados a consumo de substâncias (Área 1), 13 ligados a comportamentos disfuncionais (Área 2), 3 sobre saúde (Área 3), 13 sobre desordens psiquiátricas (Área 4), para competências sociais obtivemos 6 (Área 5), para sistema familiar foram 6 (Área 6); escola foram 8 (Área 7), 2 para relacionamento com amigos (Área 9) e 3 para lazer e recreação (Área 10). A Área 8, que questiona sobre trabalho, não foi avaliada.

Apesar de serem identificados 13 possíveis fator de risco associado a área 1, sobre uso de substâncias, sugerindo associação entre ambos (55,69,130), os episódios de autolesão não suicida geralmente não ocorrem sob a influência de substâncias (16). No entanto, necessita-se de melhor avaliação a associação com impulsividade e comportamentos compulsivos.

A maioria dos adolescentes envolvidos em autolesões repetitivas não suicidas relatam que o comportamento interfere na sua funcionalidade. Em um estudo com adolescentes que se envolveram em autolesão não suicida pelo menos cinco vezes no ano anterior, o funcionamento deficiente na escola ou nos domínios sociais foi relatado por mais de 90 por cento (68). Os dados do questionário DUSI-R trouxeram 13 possíveis fatores de risco ligados a comportamentos disfuncionais, 6 para competências sociais e 8 para disfunções escolares, mostrando que essas três áreas são promissoras para a prevenção e detecção precoce do comportamento autolesivo.

Muitos adolescentes envolvidos em autolesão não-suicida atendem aos critérios para um transtorno psiquiátrico, e vários transtornos psiquiátricos são mais comuns em indivíduos que se envolvem em autolesão não-suicida do que em indivíduos que não o fazem. Além disso, a autolesão não suicida é mais comum em pacientes com transtornos psiquiátricos do que em indivíduos sem transtornos psiquiátricos. No entanto, é importante frisar que o comportamento de autolesão não-suicida pode ocorrer na ausência de um transtorno psiquiátrico (55,131), o que levou a propostas para conceituar a autolesão não-suicida como uma condição psiquiátrica distinta, mesmo que no capítulo 3 do DSM 5, Condições para Estudos Posteriores, mostrando que não há consenso sobre o tema. A área 4 do questionário DUSI-R, com perguntas que remetem à disfunções psiquiátricas, trouxe 13 possíveis fatores de risco para autolesão não suicida.

A Tabela 12 traz todos os 63 potenciais fatores de risco para autolesão não suicida identificados pelo questionário DUSI-R.

Tabela 12 – Razão de possibilidade entre questões do DUSI-R com significância estatística

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
1- Alguma vez você sentiu “fissura” ou um forte desejo por álcool ou outras drogas	15,400	1,924	123,288
2- Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	1,511	1,275	1,791
3- Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	1,548	1,293	1,853
4- Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	1,511	1,275	1,791
5- Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar “alto” sob efeito de álcool ou drogas?	1,523	1,281	1,811
6- Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?	1,500	1,269	1,772
07- Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	8,324	1,023	67,724
08- Você gosta de “brincadeiras” que envolvem bebidas quando vai a festas? (ex: vira-vira, apostas para ver quem bebe mais rápido ou maior quantidade, etc)	10,057	1,245	81,269
09- Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	1,535	1,287	1,831
10- Você briga muito?	21,154	2,648	168,962
11- Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?	1,460	1,250	1,706
12- Você grita muito?	4,392	1,481	13,027
13- Você xinga ou fala muitos palavrões?	8,708	2,567	29,545
14- Você provoca muito as pessoas?	12,000	1,492	96,504
15- Você tem um temperamento difícil?	5,194	1,740	15,506
16- Você ameaça ferir as pessoas?	1,622	1,328	1,980
17- Você fala mais alto do que os outros jovens?	3,958	1,037	15,112
18- Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?	19,556	2,448	156,231
19- Geralmente você se sente irritado ou bravo?	6,875	2,110	22,398
20- Você gasta a maior parte do seu tempo livre sozinho?	4,111	1,455	11,619
21- Você costuma se isolar dos outros?	6,198	2,057	18,671
22- Você é muito sensível a críticas?	4,111	1,455	11,619
23- Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?	5,250	1,100	25,056

Continua

Continuação

Tabela 12 – Razão de possibilidade entre questões do DUSI-R com significância estatística

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
24- Você tem menos energia do que acha que deveria ter?	5,762	1,838	18,062
25- Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?	1,479	1,259	1,738
26- Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?	1,523	1,281	1,811
27- Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?	1,511	1,275	1,791
28- Você costuma fazer movimentos inquietos com as mãos?	4,547	1,595	12,965
29- Você fica frustrado facilmente?	4,278	1,439	12,721
30- Você se sente triste muitas vezes?	24,889	5,921	104,616
31- Você tem problemas durante o sono? (pesadelos, sonambulismo)	3,543	1,238	10,136
32- Você é nervoso?	4,135	1,352	12,642
33- Você tem dificuldade em pensar em determinadas coisas?	4,041	1,271	12,844
34- As pessoas olham com estranheza para você?	3,744	1,206	11,622
35- Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?	10,920	2,316	51,492
36- Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?	1,511	1,275	1,791
37- Você sente medo de estar entre as pessoas?	3,603	1,072	12,112
38- Frequentemente você sente vontade de chorar?	11,786	3,652	38,030
39- Você acha que os jovens da sua idade não gostam de você?	7,363	2,182	24,837
40- Em geral você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?	4,190	1,455	12,067
41- As pessoas tiram vantagens de você?	4,050	1,304	12,577
42- É difícil para você pedir ajuda aos outros?	2,979	1,050	8,455
43- Você é facilmente influenciado por outros jovens?	6,234	1,313	29,595
44- O seu humor as vezes muda?	13,889	1,518	127,063
45- Você tem tido discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?	11,813	2,504	55,717

Continua

Tabela 12 – Razão de possibilidade entre questões do DUSI-R com significância estatística

Questionamentos	Odds ratio (OD)	Intervalo de Confiança 95% (IC)	
		Abaixo	Acima
46- Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?	3,735	1,264	11,033
47- Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre coisas que são importantes para você?	9,208	2,964	28,606
48- Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?	10,057	1,245	81,269
49- Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?	6,933	1,830	26,265
50- Você se sente em perigo em casa?	1,575	1,306	1,899
51- Suas notas são abaixo da média?	4,567	1,362	15,315
52- Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?	4,383	1,410	13,621
53- Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?	6,600	2,100	20,745
54- Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?	4,940	1,473	16,565
55- Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc) ou nas atividades extracurriculares?	5,926	1,564	22,457
56- Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?	1,523	1,281	1,811
57- Alguma vez você teve problemas na escola por causa de álcool ou das drogas?	1,489	1,264	1,755
58- Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?	1,535	1,287	1,831
59- A maioria dos seus amigos é mais velho do que você?	3,449	1,169	10,176
60- Você pertence a alguma “gang”?	1,460	1,250	1,706
61- Durante a semana, você normalmente sai a noite para se divertir, sem permissão?	1,511	1,275	1,791
62- Você se sente entediado a maior parte do tempo?	6,818	2,299	20,218
63- Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?	8,640	2,710	27,548

Fonte: Elaborada pelo autor.

8 CONCLUSÃO

É premente a necessidade de abordagem da autolesão não suicida entre adolescentes. Criar estratégias de prevenção e detecção precoce do comportamento dentro da particularidade do país torna-se vital para políticas públicas de êxito, assim como utilizar métodos de rastreio que cumpram a função com simplicidade e efetividade. O Brasil conta com uma Lei específica sobre o tema, atual e baseada nas melhores evidências disponíveis.

Ao longo desse estudo, tentamos pormenorizar o entendimento da autolesão não suicida e das políticas públicas em saúde mental para a infância e adolescência. Também objetivamos buscar possíveis fatores de risco associados ao contexto do jovem brasileiro. A expectativa é de consolidação de um modelo assistencial que agregue a recente Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio a Política Nacional de Saúde Mental e a políticas interministeriais.

REFERÊNCIAS

- 1 Os cortes que aliviam a dor da alma. Marie Clair. 2009 Mar;216.
- 2 Conheça histórias de pessoas que venceram o distúrbio da automutilação. Correio Braziliense. 2014 Abr 21.
- 3 Adolescentes postam fotos de automutilação em busca de apoio e seguidores nas redes. Marie Clair. 2015 Set 29.
- 4 Hábito de praticar a automutilação afeta adolescentes e jovens de Brasília. Correio Braziliense. 2014 Abr 20.
- 5 Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey JM, editor. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018.
- 6 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- 7 Jogo da 'Baleia Azul' e seus desafios: cinco dicas para a prevenção de pais e alunos. Portal G1. 2017 Abr 17.
- 8 A lenda da Baleia Azul – ou como uma notícia falsa traduz um perigo real. Estadão. 2017 Abr 11.
- 9 Jogo da Baleia azul: até que ponto devemos nos preocupar? BBC Brasil. 2017 Abr 29.
- 10 O que é a 'Momo do WhatsApp' e quais são os riscos que ela representa? BBC Mundo. 2018 Jul 26.
- 11 CPI dos Maus-Tratos a crianças e adolescentes sugere aprovação de 33 projetos de lei. Agência Senado. 2018 Dez 6.
- 12 Brasil. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019, que Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, promulgada pela União, em

- cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Diário Oficial da União. 2019 Abr 29;81:1. Seção 1.
- 13 Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:20.
- 14 Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:885.
- 15 Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics.* 2006;117:1939.
- 16 Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:339.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por Suicídio e Notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Bol Epidemiol.* 2021;52.
- 18 Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, et al. Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2017; 45:971.
- 19 First MB. Manual de Diagnóstico diferencial da DSM-5. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
- 20 Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, et al. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11:e0153760.
- 21 Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychol.* 2017;8:1946.
- 22 Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics.* 2012;130:39.

- 23 Ammerman BA, Jacobucci R, Kleiman EM, et al. The Relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48:31.
- 24 Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *J Adolesc Health.* 2013;53:40.
- 25 Swannell SV, Martin GE, Page A, et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44:273.
- 26 Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:10.
- 27 Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med.* 2011;41:1981.
- 28 Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:772.
- 29 Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, et al. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry.* 2011;168:495.
- 30 Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, et al. Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38:669.
- 31 Glenn CR, Kleiman EM, Cha CB, et al. Implicit cognition about self-injury predicts actual self-injurious behavior: results from a longitudinal study of adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57:805.

- 32 Kaess M, Parzer P, Mattern M, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013;206:265.
- 33 Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;38:55.
- 34 Batejan KL, Jarvi SM, Swenson LP. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. *Arch Suicide Res.* 2015;19:131.
- 35 Jackman K, Honig J, Bockting W. Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2016; 25:3438.
- 36 Mueller SC, De Cuypere G, T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: a selective critical review from a neurocognitive perspective. *Am J Psychiatry.* 2017;174:1155.
- 37 Marshall E, Claes L, Bouman WP, et al. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28:58.
- 38 Liu RT, Sheehan AE, Walsh RFL, et al. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2019;74:101783.
- 39 Hooley JM, Franklin JC. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Sci.* 2017;1.
- 40 Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: key directions for future research. *Clin Psychol Sci.* 2014;2:638.
- 41 Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clin Psychol Rev* 2015; 38:79.
- 42 Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114:140.

- 43 Klonsky ED, Glenn CR, Styer DM, et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:44.
- 44 Bresin K, Gordon KH. Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37:374.
- 45 Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007;37(8):1183-1192.
- 46 Selby EA, Nock MK, Kranzler A. How does self-injury feel? Examining automatic positive reinforcement in adolescent self-injurers with experience sampling. *Psychiatry Res*. 2014;215:417.
- 47 Nock MK. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prev Psychol*. 2008;12:159.
- 48 Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, et al. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:156.
- 49 Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42:496.
- 50 Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31:215.
- 51 Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41:759.
- 52 Brausch AM, Muehlenkamp JJ, Washburn JJ. Nonsuicidal self-injury disorder: Does Criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Res*. 2016;244:179.

- 53 Xavier A, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Dinis A. Longitudinal pathways for the maintenance of non-suicidal self-injury in adolescence: The pernicious blend of depressive symptoms and self-criticism. *Child Youth Care Forum*. 2017;46:841.
- 54 Xavier A, Pinto Gouveia J, & Cunha M. Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Child Youth Care Forum*. 2016;45:571.
- 55 Nock MK, Banaji MR. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *Am J Psychiatry*. 2007;164:820.
- 56 Dickstein DP, Puzia ME, Cushman GK, et al. Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:1127.
- 57 Serafini G, Canepa G, Adavastro G, et al. The Relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2017;8:149.
- 58 Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(1):51-64. doi: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30469-8).
- 59 Baiden P, Stewart SL, Fallon B. The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse Negl*. 2017;69:163.
- 60 Smith NB, Kouros CD, Meuret AE. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma Violence Abuse*. 2014;15:41.
- 61 Auerbach RP, Kim JC, Chango JM, et al. Adolescent nonsuicidal self-injury: examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Res*. 2014;220:579.
- 62 Armiento J, Hamza CA, Stewart SL, Leschied A. Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *J Affect Disord*. 2016;200:212.

- 63 Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2013;17:1.
- 64 Brown RC, Fischer T, Goldwisch AD, et al. #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychol Med.* 2018;48:337.
- 65 Whitlock J. Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med.* 2010;7:e1000240.
- 66 Cullen KR, Westlund MK, LaRiviere LL, Klimes-Dougan B. An adolescent with nonsuicidal self-injury: a case and discussion of neurobiological research on emotion regulation. *Am J Psychiatry.* 2013;170:828.
- 67 Maciejewski DF, Creemers HE, Lynskey MT, et al. Overlapping genetic and environmental influences on nonsuicidal self-injury and suicidal ideation: different outcomes, same etiology? *JAMA Psychiatry.* 2014;71:699.
- 68 Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, et al. Familial and individual correlates of nonsuicidal self-injury in the offspring of mood-disordered parents. *J Clin Psychiatry.* 2012;73:813.
- 69 Geulayov G, Metcalfe C, Heron J, et al. Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:509.
- 70 Liu RT. Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;80:159.
- 71 Stanley B, Sher L, Wilson S, et al. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord.* 2010;124:134.
- 72 Lloyd KG, Hornykiewicz O, Davidson L, et al. Biochemical evidence of dysfunction of brain neurotransmitters in the Lesch-Nyhan syndrome. *N Engl J Med.* 1981;305:1106.
- 73 Breese GR, Baumeister AA, McCown TJ, et al. Behavioral differences between neonatal and adult 6-hydroxydopamine-treated rats to dopamine agonists:

- relevance to neurological symptoms in clinical syndromes with reduced brain dopamine. *J Pharmacol Exp Ther.* 1984;231:343.
- 74 Kaess M, Hille M, Parzer P, et al. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology.* 2012;37:157.
- 75 Reichl C, Heyer A, Brunner R, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;74:203.
- 76 Bonenberger M, Plener PL, Groschwitz RC, et al. Differential neural processing of unpleasant haptic sensations in somatic and affective partitions of the insula in non-suicidal self-injury (NSSI). *Psychiatry Res.* 2015;234:298.
- 77 Niedtfeld I, Schulze L, Kirsch P, et al. Affect regulation and pain in borderline personality disorder: a possible link to the understanding of self-injury. *Biol Psychiatry.* 2010;68:383.
- 78 Brown RC, Plener PL, Groen G, et al. Differential neural processing of social exclusion and inclusion in adolescents with non-suicidal self-injury and young adults with borderline personality disorder. *Front Psychiatry.* 2017;8:267.
- 79 Groschwitz RC, Plener PL, Groen G, et al. Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: an fMRI study. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2016;255:43.
- 80 Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, et al. Prone to excitement: adolescent females with Non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Res.* 2012;203:146.
- 81 Westlund Schreiner M, Klimes-Dougan B, Mueller BA, et al. Multi-modal neuroimaging of adolescents with non-suicidal self-injury: amygdala functional connectivity. *J Affect Disord.* 2017;221:47.

- 82 Osuch E, Ford K, Wrath A, et al. Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Res.* 2014;223:104.
- 83 Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Hetler J, et al. Nonsuicidal self-injury among adolescents: a training priority for primary care providers. *Suicide Life Threat Behav.* 2013;43:250.
- 84 Plener PL, Libal G, Keller F, et al. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med.* 2009;39:1549.
- 85 Dhingra K, Ali P. Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. *Nurs Stand* 2016;31:42.
- 86 Canadian Mental Health Association (CMHA). Youth and self-injury [Internet]. 2018 [acesso em 2021 Jan 15]. Disponível em: <https://cmha.ca/documents/youth-and-self-injury/>.
- 87 Plener PL, Brunner R, Fegert JM, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2016;10:46.
- 88 Lewis SP, Heath NL. Nonsuicidal self-injury among youth. *J Pediatr.* 2015;166:526.
- 89 Walsh B. Clinical assessment of self-injury: a practical guide. *J Clin Psychol.* 2007;63:1057.
- 90 Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010;23:240.
- 91 Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, et al. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:14.

- 92 Barrocas AL, Giletta M, Hankin BL, et al. Nonsuicidal self-injury in adolescence: longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *J Abnorm Child Psychol.* 2015;43:369.
- 93 Hamza CA, Willoughby T. A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *J Youth Adolesc.* 2014;43:671.
- 94 Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *J Early Adolesc.* 2008;28:455.
- 95 Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, O'Connor RC. Sleep problems and self-harm in adolescence. *Br J Psychiatry.* 2015;207:306.
- 96 Junker A, Bjørngaard JH, Gunnell D, Bjerkeset O. Sleep problems and hospitalization for self-harm: a 15-year follow-up of 9,000 Norwegian adolescents. The Young-HUNT Study. *Sleep.* 2014;37:579.
- 97 Hasking P, Andrews T, Martin G. The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *J Youth Adolesc.* 2013;42:1543.
- 98 Baetens I, Claes L, Onghena P, et al. Non-suicidal self-injury in adolescence: a longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *J Adolesc.* 2014;37:817.
- 99 Liu RT, Frazier EA, Cataldo AM, et al. Negative life events and non-suicidal self-injury in an adolescent inpatient sample. *Arch Suicide Res.* 2014;18:251.
- 100 Jiang Y, You J, Hou Y, et al. Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *J Adolesc.* 2016;53:107.
- 101 Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:28.
- 102 Wichstrøm L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Arch Suicide Res.* 2009;13:105.

- 103 Kiekens G, Bruffaerts R, Nock MK, et al. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *Eur Psychiatry*. 2015;30:743.
- 104 Muehlenkamp JJ, Walsh BW, McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *J Youth Adolesc*. 2010;39:306.
- 105 Cornell University. College of Human Ecology. Self-Injury and Recovery Research and Resources [Internet] [2019 May 11]. Disponível em: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/>.
- 106 Teixeira, MOL, Ramos, FAC. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Rev. Latinoam. Psicopatol. fundam*. 2012;15(2): 364- 381.
- 107 Ribeiro, PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia a República Velha. *Psicol Estud*. 2006;11(1): 29-38.
- 108 Assumpção Jr FB. A Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço histórico (vídeo). (20 min). 2014 Jan 3 [2019 Fev 22]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ZIHsU7sQLAQ>.
- 109 Cunha CC, Boarini ML. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Rev. Psicologia e Saúde*. 2011;3(1):68-76.
- 110 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto- juvenil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 111 Serie SUS. Programa 2: Por que o SUS hoje e assim? (vídeo). 2015 Jun 23 [2019 Fev 22]. (6:28min). Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=wV_SPOJfqgk.
- 112 Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 2001 Abr 9. Seção 1.

- 113 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental e Direitos Humanos (vídeo). 2016 Set 2 [2019 Fev 22] (9 min). Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=56tOYJqPsMM>.
- 114 Delgado PGG. Psiquiatras, juízes e loucos: modelos de interação entre a psiquiatria e a justiça, na conjuntura da luta pela cidadania plena e reforma psiquiátrica no Brasil [tese]. Sao Paulo: Universidade de São Paulo; 1992.
- 115 Delgado PGG. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei nº 10.216/20011. Arq Bras Psicol. 2011;63(2):1-121.
- 116 Kinoshita RT. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. Cad Bras Saúde Mental. 2009;1.
- 117 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União. 2002 Fev 20. Seção 1.
- 118 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011 Dez 30. Seção 1.
- 119 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. 2017 Dez 22. Seção 1.
- 120 Rêgo MAV. Estudos caso-controle: uma breve revisão. Gaz Med Bahia. 2010;80:1:101-110.
- 121 BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Jul 16.

- 122 Tarter R. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1990;16:1-46.
- 123 De Micheli D. Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
- 124 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de religião – Brasil. 2010.
- 125 Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012;32:482.
- 126 Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, et al. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Acad Pediatr*. 2012;12:205.
- 127 Giletta M, Scholte RH, Engels RC, et al. Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*. 2012;197:66.
- 128 Reisner SL, Biello K, Perry NS, et al. A compensatory model of risk and resilience applied to adolescent sexual orientation disparities in nonsuicidal self-injury and suicide attempts. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84:545.
- 129 Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:12.
- 130 Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *Front Biosci*. 2005;10:1.
- 131 Schneider SK, O'Donnell L, Stueve A, Coulter RW. Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: a regional census of high school students. *Am J Public Health*. 2012;102:171.

- 132 De Micheli D, Sartes LMA. A detecção do uso abusivo em adolescentes usando o DUSI e o T-ASI. In: Ronzani TM, coordenação. Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de Substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2017. SUPERA, Módulo 3.
- 133 Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

APÊNDICE A - TCLE**Universidade de Brasília****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

O(A) sua(seu) filho(a) está sendo convidado(a) a participar do Trabalho de Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (HUB/UnB) intitulado **AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E ADOLESCÊNCIA: RAZÃO DE POSSIBILIDADE ENTRE VULNERABILIDADES PESSOAIS E SOCIOCULTURAIS E PADRÃO DE AUTOLESÃO**.

O objetivo desta pesquisa é identificar fatores de risco para formulação de estratégias de prevenção e identificação precoce do comportamento de autolesão na adolescência.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome, e do seu filho(a), não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A participação do adolescente será através da aplicação de questionários por meio eletrônico, de forma presencial. Antes da aplicação do questionário todas as informações sobre o estudo serão dadas e as dúvidas esclarecidas. Um endereço eletrônico ficará disponível como meio de esclarecer futuras dúvidas ou solicitar mais informações. O objetivo desta pesquisa é identificar fatores de risco para identificação precoce do comportamento de autolesão da adolescência e formulação de estratégias de prevenção.

Informamos que o seu(sua) filho(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para este(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na UnB podendo ser publicados posteriormente, sempre preservando a identidade do paciente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor envie e-mail para André de Mattos Salles no endereço andre.psiquiatria@uol.com.br e será respondido em até 24h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br.

Horário de atendimento: Segunda à Sexta Feira, das 08h30min às 12h30min e 14h30min às 16h.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome do responsável:

R.G:

Fone:

Assinatura:

Pesquisador(a) responsável: André de Mattos Salles

Brasília-DF, ____ de _____ de 20__.

APÊNDICE B - TALE



Universidade de Brasília

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE

Você está sendo convidado a participar como voluntário do Trabalho de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sob responsabilidade do pesquisador André de Mattos Salles intitulado **AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E ADOLESCÊNCIA: RAZÃO DE POSSIBILIDADE ENTRE VULNERABILIDADES PESSOAIS E SOCIOCULTURAIS E PADRÃO DE AUTOLESÃO.**

O estudo será realizado através da aplicação de questionários por meio eletrônico, de forma presencial. Serão 3 questionários com perguntas, em sua maioria, objetivas e não complexas.

Caso o adolescente deseje pode solicitar ajuda de seu responsável para responder algumas perguntas, principalmente as que dizem respeito a condições financeiras e de moradia. Antes da aplicação do questionário todas as informações sobre o estudo serão dadas e as dúvidas esclarecidas. Um endereço eletrônico ficará disponível como meio de esclarecer futuras dúvidas ou solicitar mais informações. O objetivo desta pesquisa é identificar fatores de risco para identificação precoce do comportamento de autolesão da adolescência e formulação de estratégias de prevenção.

Poderá haver um risco de sofrimento psíquico, porém, se necessário, todos os participantes, o qual já são pacientes dos ambulatórios do Hospital Universitário de Brasília (HUB), receberão acolhimento incondicional caso qualquer desconforto ocorra em decorrência da participação no estudo, assim como poderão desistir da participação a qualquer momento. Esse apoio será dado presencialmente, durante a aplicação do questionário e também caso venha a ser necessário posteriormente.

Os seus pais (ou responsáveis) autorizarão você a participar desta pesquisa, caso você deseje.

Você não precisa se identificar e está livre para participar ou não. Caso, inicialmente, você deseje participar, não há qualquer impedimento para que, posteriormente, você decida deixar de participar da pesquisa. O responsável por você também poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Você não terá nenhum custo e poderá consultar a pesquisadora responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo *e-mail* fornecido, para esclarecimento de qualquer dúvida. O telefone da instituição também será cedido caso sinta alguma necessidade.

Todas as informações por você fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo, e estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações para ajudar a identificar um grupo de risco para os comportamentos auto lesivos e possibilitar uma interferência mais efetiva dos profissionais da saúde na vida dos adolescentes.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1918 ou do *e-mail* cepfm@unb.br.

Horário de atendimento: Segunda à Sexta Feira, das 08h30min às 12h30min e 14h30min às 16h.

Diante das explicações, se você concorda em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura a seguir e rubrique todas as folhas.

Nome:

R.G:

Fone:

Assinatura:

Pesquisador(a) responsável: André de Mattos Salles

Brasília-DF, ____ de _____ de 20____.

ANEXO A – LEI FEDERAL nº 13.819/2019

L13819



Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019

[Vigência](#)

Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

[Mensagem de veto](#)

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, pelos Estados, pelos Municípios e pelo Distrito Federal.

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.

Parágrafo único. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.

Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

I – promover a saúde mental;

II – prevenir a violência autoprovocada;

III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;

IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;

VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;

VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Art. 4º O poder público manterá serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico.

§ 1º Deverão ser adotadas outras formas de comunicação, além da prevista no caput deste artigo, que facilitem o contato, observados os meios mais utilizados pela população.

§ 2º Os atendentes do serviço previsto no caput deste artigo deverão ter qualificação adequada, na forma de regulamento.

L13819

§ 3º O serviço previsto no caput deste artigo deverá ter ampla divulgação em estabelecimentos com alto fluxo de pessoas assim como por meio de campanhas publicitárias.

Art. 5º O poder público poderá celebrar parcerias com empresas provedoras de conteúdo digital, mecanismos de pesquisa da internet, gerenciadores de mídias sociais, entre outros, para a divulgação dos serviços de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico.

Art. 6º Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos:

I – estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias;

II – estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência autoprovocada:

I – o suicídio consumado;

II – a tentativa de suicídio;

III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.

§ 2º Nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação de que trata o inciso I do caput deste artigo, nos termos de regulamento.

§ 3º A notificação compulsória prevista no caput deste artigo tem caráter sigiloso, e as autoridades que a tenham recebido ficam obrigadas a manter o sigilo.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde públicos e privados previstos no inciso I do caput deste artigo deverão informar e treinar os profissionais que atendem pacientes em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei.

§ 5º Os estabelecimentos de ensino públicos e privados de que trata o inciso II do caput deste artigo deverão informar e treinar os profissionais que trabalham em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei.

§ 6º Regulamento disciplinará a forma de comunicação entre o conselho tutelar e a autoridade sanitária, de forma a integrar suas ações nessa área.

Art. 7º Nos casos que envolverem investigação de suspeita de suicídio, a autoridade competente deverá comunicar a autoridade sanitária a conclusão do inquérito policial que apurou as circunstâncias da morte.

Art. 8º (VETADO).

Art. 9º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na [Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975](#).

Art. 10. A [Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#), passa a vigorar acrescida do seguinte art. 10-C:

“[Art. 10-C](#). Os produtos de que tratam o inciso I do caput e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio.”

Art. 11. Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 26 de abril de 2019; 198º da Independência e 131º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO
Sérgio Moro
Abraham Bragança de Vasconcellos Weintraub
Luiz Henrique Mandetta
Damares Regina Alves

L13819

André Luiz de Almeida Mendonça

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.4.2019

*

Parte II - Por favor, responda todas as questões seguintes. Se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior frequência (Sim ou Não). Responda as questões considerando o que ocorreu com você NOS ÚLTIMOS 12 MESES. Caso alguma questão não se aplique a você, responda "Não".

Área I	Sim	Não
1. Alguma vez você sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa de do seu uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas "quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Alguma vez você já disse uma mentira?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área I Número de respostas afirmativas		

Área II	Sim	Não
1. Você briga muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você se acha melhor que os outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você grita muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você é teimoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você xinga ou fala muitos palavrões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área III	Sim	Não
8. Você provoca muito as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você tem um temperamento difícil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você é muito tímido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você ameaça ferir as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você fala mais alto que os outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você faz muitas coisas sem antes pensar nas consequências?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Se você puder você tira vantagem das pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Geralmente você se sente irritado ou bravo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Você gasta a maior parte do seu tempo livre, sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Você costuma se isolar dos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Você é muito sensível a críticas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sua maneira de comer é melhor no restaurante do que em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área II Número de respostas afirmativas		

Área III	Sim	Não
1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você tem problemas com o seu sono (dorme demais ou muito pouco)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 kg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos sexuais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Alguma vez a parte branca de seus olhos ficou amarela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você às vezes sente vontade de xingar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área III Número de respostas afirmativas		

Área IV	Sim	Não
1. Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você roubou coisas em mais de uma ocasião?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você costuma fazer movimentos inquietos com as mãos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Você fica frustrado facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você tem problemas em se concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você se sente triste muitas vezes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você rói unhas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você tem problemas durante o sono (pesadelos, sonambulismo, etc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você é nervoso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você se sente facilmente amedrontado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você se preocupa demais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. As pessoas olham com estranheza para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Frequentemente você sente vontade de chorar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Alguma vez você se sentiu tentado a roubar alguma coisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área IV Número de respostas afirmativas

Área V	Sim	Não
1. Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Em geral, você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As pessoas tiram vantagens de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O seu humor as vezes muda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área V Número de respostas afirmativas

Área VI	Sim	Não
1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) usou maconha ou cocaína no último ano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Algum membro de sua família foi preso no último ano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você tem tido discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você se sente em perigo em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você as vezes fica bravo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área VI Número de respostas afirmativas

Área VII	Sim	Não
1. Você gosta da escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Suas notas são abaixo da média?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você "cabula" aulas mais do que dois dias por mês?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você falta muito à escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Frequentemente, você se sente sonolento nas aulas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Frequentemente, você chega atrasado para a aula?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Neste ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você se irrita facilmente ou se chateia quando está na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Você fica entediado na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Você se sente em perigo na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Você já repetiu de ano alguma vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extracurriculares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Alguma vez você teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Alguma vez você foi suspenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Você as vezes adia coisas que você precisa fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área VII Número de respostas afirmativas

Área VIII	Sim	Não
1. Alguma vez você teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Você precisa de ajuda dos outros para procurar emprego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Frequentemente, você falta ou chega atrasado no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Alguma vez, você ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Alguma vez você consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Você trabalha principalmente porque isto permite ter dinheiro para comprar drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você fica mais feliz quando você ganha do que quando você perde um jogo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área VIII Número de respostas afirmativas

Área IX	Sim	Não
1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Algum dos seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A maioria dos seus amigos é mais velho do que você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Seus amigos costumam faltar muito na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você pertence a alguma "gang"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você sente que não tem nenhum amigo para quem possa fazer confidências?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Alguma vez você foi convencido a fazer alguma coisa que você não queria fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área IX Número de respostas afirmativas

Área X	Sim	Não
1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Comparado a maioria dos jovens você se envolve menos em "hobbies" ou outras atividades de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Você alguma vez comprou alguma coisa que você não precisava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Área X Número de respostas afirmativas

Fonte: SUPERA, Módulo 3 (132).

ANEXO C - ESCALA DE COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO – FASM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Você já se agrediu por alguma das razões listadas abaixo? (marque todas as alternativas que já aconteceram):

0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente
Razões:			Frequência
1. para não ir a escola, trabalho ou outras atividades			
2. para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença			
3. para chamar a atenção			
4. para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor			
5. para evitar ter que fazer algo “chato”, que você não queria fazer			
6. para controlar uma situação			
7. para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa			
8. para receber mais atenção dos pais ou amigos			
9. para evitar estar com outras pessoas			
10. para se castigar			
11. para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse			
12. para se parecer alguém que você respeita			
13. para evitar ser punido ou assumir as conseqüências			
14. para parar sentimentos/ sensações ruins			
15. para mostrar aos outros o quão desesperado você estava			
16. para se sentir fazendo parte de um grupo			
17. para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você			
18. para fazer algo quando está sozinho			
19. para fazer algo quando está com outros			
20. para pedir ajuda			
21. para deixar os outros com raiva			
22. para sentir-se relaxado			
23. outro:			

Fonte: Giusti, 2013 (133).

ANEXO D - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

MESTRADO - GRUPO CASO

GRUPO CASO

***Obrigatório**

(3) - Questionário Sociodemográfico

. 1. Gênero: *

Marcar apenas uma oval.

- Homem
- Mulher
- Homem Transgênero
- Mulher Transgênero
- Não binário
- Fluido
- Agenero
- Outros

. 2. Orientação sexual: *

Marcar apenas uma oval.

- Homoafetivo
- Heteroafetivo
- Bissexual
- Assexuado
- Outros

3. Idade: *

Marcar apenas uma oval.

10-12 anos

13-15 anos

16-18 anos

4. A sua raça ou cor é: *

Marcar apenas uma oval.

Branca

Negra

Parda

Amarela

Outros

5. Sabe ler ou escrever: *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Religião/culto: *

Marcar apenas uma oval.

Católica

Evangélica

Espírita

Outras

Nenhuma

7. Frequenta escola: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, pública
- Sim, particular
- Já terminei
- Não, mas já frequentei

8. Estado civil: *

Marcar apenas uma oval.

- Casamento civil e religioso
- Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Solteiro(a)

9. Pai sabe ler e escrever: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

10. Mãe sabe ler e escrever: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Renda mensal familiar (Salário mínimo = R\$ 1.100,00): *

Marcar apenas uma oval.

- Até 1 salário mínimo
- 1-2 salários mínimos
- 3-4 salários mínimos
- 5 ou mais salários mínimos

12. Tem alguma das comorbidades a seguir: *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Cardiopatia
- Doença reumatológica (ex: LES, AIJ)
- Doença endocrinológica (ex: diabetes, obesidade)
- Doença do sistema gastrointestinal (DII, DRGE)
- Nefropatia (ex: síndrome nefrótica)
- Pneumopatia (ex: asma)
- Outra não citada

Especifique aqui a doença que você tem:

13. Faz algum acompanhamento com psicólogo: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Já fiz
- Nunca fiz

14. Tem filhos:

Marcar apenas uma oval.

- 1 filho
 2 filhos
 3 ou mais filhos

15. Tipo de domicílio: *

Marcar apenas uma oval.

- Casa
 Apartamento
 Tenda/barraca
 Pensão
 Abrigo/orfanato

16. Este domicilio é

Marcar apenas uma oval.

- Próprio
 Alugado
 Cedido por empregador ou família
 Cedido de outra forma

17. Quantos cômodos existem nesse domicilio

Marcar apenas uma oval.

- 1-2
 3-4
 5 ou mais

18. Existe saneamento básico no domicílio:

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

19. Existe energia elétrica no domicílio:

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

(3) FASM

Functional Assesment Of Self Mutilation - FASM

No ano passado, você praticou alguns dos seguintes comportamentos (responda todos os itens):

21. 1. Cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. 1.1. Se Sim, aproximadamente quantas vezes?

23. 1.2. Foi necessário algum tratamento médico?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Fonte: Elaborado pelo autor – *Google forms*.

ANEXO E - CAAE 17493119.2.0000.5558

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ESTUDO CASO-CONTROLE SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE VULNERABILIDADES SOCIOCULTURAIS E COMPORTAMENTO AUTOLESIVO NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Thaiana Cabral Lelis Beleza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17493119.2.0000.5558

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 06/10/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.067.631

Apresentação da Notificação:

Trata-se de notificação de relatório parcial do projeto de pesquisa "Estudo caso-controle sobre a associação entre vulnerabilidades socioculturais e comportamento autolesivo na adolescência".

Objetivo da Notificação:

Apresentar 1º relatório parcial do projeto de pesquisa em tela.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta do parecer substanciado aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A pesquisadora apresenta relatório parcial em documento próprio, onde informa que o projeto se iniciou em maio de 2019, sofreu uma interrupção devido à pandemia de COVID19, sendo retomada em 2021. Informa que não houve mudança na metodologia da pesquisa, que os dados

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.067.631

estão sendo coletados nas instituições previstas, que os TALE e TCLE estão sendo bem assimilados, que não houve desconforto na coleta dos dados. Com relação aos resultados, informa que até o momento os dados não foram tratados para uma devolutiva e que o planejamento é colocá-los numa linguagem acessível de serem trabalhados no contexto clínico, e assim ainda não foram publicados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica a este parecer

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório parcial de projeto de pesquisa sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apreciação na reunião dia 27/10/2021 do colegiado CEP/FM a notificação foi aprovada. OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/12, nos incisos II.19 e II.20, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parciais e final do seu projeto de pesquisa. Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	relatorioparcial.pdf	06/10/2021 09:38:26	Thaiana Cabral Lelis Beleza	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.067.631

BRASILIA, 28 de Outubro de 2021

Assinado por:
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br