



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LÍVIA CAROLINE LEITE SILVA

**PERFIL, PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARENTAIS E PREVALÊNCIA
DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLARES DE
FEIRA DE SANTANA-BA**

FEIRA DE SANTANA

2020

LÍVIA CAROLINE LEITE SILVA

**PERFIL, PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARENTAIS E PREVALÊNCIA
DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLARES DE
FEIRA DE SANTANA-BA**

Dissertação apresentada ao Mestrado
do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva na área de
concentração em Epidemiologia.

Orientador (a): Profa. Dra. Rosely
Cabral de Carvalho

FEIRA DE SANTANA
2020

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S581p Silva, Livia Caroline Leite
Perfil, práticas educacionais parentais e prevalência da
automutilação em adolescentes de escolares de Feira de Santana-BA /
Livia Caroline Leite Silva. –, 2020.
119f.

Orientadora: Rosely Cabral de Carvalho
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Adolescente. 3. Adolescente
- Família. I. Carvalho, Rosely Cabral de, orient. II. Universidade
Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU:614:616-089

**PERFIL, PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARENTAIS E PREVALÊNCIA
DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLARES DE
FEIRA DE SANTANA-BA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Aprovada em _____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosely Cabral de Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Titular: Prof. Dr. André Faro Santos
Universidade Federal de Sergipe

Prof. Titular: Prof^ª. Dr^ª. Sinara de Lima Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana

FEIRA DE SANTANA

2020

AGRADECIMENTOS

Ao Criador de Tudo o que é, minha gratidão pelo amor incondicional e pela força espiritual que representa, apenas Ele conhece cada dor e cada delícia do caminho percorrido.

Aos meus pais, Marta Leite Silva e Luiz Carlos de Jesus Silva, meus maiores amores, razão da minha existência, gratidão pelo exemplo, por me ensinarem cada dia sobre resiliência, amor, força e fé. Por serem tudo que são mesmo diante de tantas adversidades. Palavras não são suficientes para expressar todo meu amor!

À minha irmã, Nathália Leite, minha gratidão pela compreensão diária, estímulo e compartilhamento do cuidado aos nossos pais, sem isso não teria sido possível continuar.

Ao meu esposo, Jehovan Sá Barreto, meu amor, que esteve todo tempo ao meu lado, de mãos dadas, exemplo de companheirismo e afeto, mesmo com todas as minhas ausências.

À minha filha pet, que é mais humana que muito humano, Aisha, minha ursinha, meu furacão, minha calma, te amo profundamente. Sou grata por tudo que me ensina todos os dias e por todo amor que transborda em nós.

À minha família materna e paterna que todos os dias demonstram o orgulho, confiança e admiração que tem por mim, tudo isso me nutre intensamente. Gratidão!

À minha equipe de coleta, meus amorinhos, Bianca, Jessika, Gleica, Noemir, Tainah, Luzimara, Lucas, Lorena, Arthur, vocês foram essenciais. São para mim exemplos de solidariedade, companheirismo, parceria e afeto. Muita luz para nós e minha imensa gratidão, inclusive pelos sorrisos compartilhados.

Às minhas amigas, que fizeram nascer flores em meio ao deserto, coragem onde havia medo, minha profunda gratidão.

À minha linda orientadora, de coração gigante e que levarei pra vida como uma amiga, Rosely Cabral, gratidão por não me deixar desistir mesmo diante de todas as dificuldades que a vida me impôs. Te admiro pela simplicidade, desprendimento e afetuosidade.

Ao NIEVS e em especial a Professora Sinara Lima, exemplo de força, que me acolheu, dividiu conhecimentos e me abriu caminhos para novas experiências.

À CAPES pela Bolsa durante os dois anos de mestrado e incentivo que possibilitou minha dedicação ao Mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por todas as experiências vividas, por todo conhecimento compartilhado e por todas as aprendizagens.

Aos meus colegas de mestrado, levarei um pedacinho de cada um dentro de mim, vocês foram espetaculares, que turma linda!

Aos adolescentes participantes da pesquisa, por cada história compartilhada, o meu respeito e a minha imensa gratidão. Lembrem-se: se tem vida tem jeito!

E por fim, gratidão a mim, que mesmo na corda bamba fiz o melhor que pude todos os dias. Gratidão pelos ajustamentos criativos diários, pela tolerância e pelas tempestades vencidas. Muita luz nos novos caminhos que estão por vir...

“Se tem vida, tem jeito.”

Karina O. Fukumitsu

RESUMO

Silva, LCL. *Perfil, práticas educacionais parentais e prevalência da automutilação em adolescentes de escolares de Feira de Santana-Ba.* [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 2020.

Introdução: Os comportamentos autolesivos na adolescência, incluindo a automutilação, consistem em um relevante problema de Saúde Pública. A automutilação é definida como ato direto e deliberado de destruição ou alteração de partes do corpo sem intenção suicida consciente. O indivíduo tende a usar técnicas de baixa letalidade e de repetição com componentes de compulsividade e impulsividade. Geralmente, tem início durante a fase da adolescência, entre os 13 e 14 anos com a possibilidade de persistir por 10 a 15 anos. Essa temática justifica-se pela percepção da crescente demanda de casos de automutilação em adolescentes, pela observação na prática profissional de recursos limitados na Rede de Saúde e Educação do município de Feira de Santana, bem como, a subnotificação dos casos de violência autoprovocada não suicida. Os objetivos desse estudo foram: descrever a ocorrência da automutilação; identificar quais as características individuais dos adolescentes que automutilam; investigar quais fatores motivacionais dos adolescentes para adoção de comportamentos de automutilação; associar os comportamentos impulsivos e ideação suicida à ocorrência de automutilação; e, avaliar como as práticas educacionais parentais se associam aos comportamentos de automutilação em adolescentes escolares. **Método:** estudo exploratório e descritivo, coleta de dados transversal, de amostra do tipo não probabilístico, constituída por 174 adolescentes com idade entre de 12 a 17 anos, de ambos os sexos da rede de ensino público de Feira de Santana-BA. Foi utilizado Inventário de Estilos Parentais (IEP), para as informações das práticas educacionais parentais. Para a ocorrência da automutilação na adolescência utilizou-se o Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A). Os dados foram analisados com o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – Version 24. Foram expressas pelas medidas de tendência central com suas respectivas medidas de dispersão (desvio padrão) e pela prevalência com intervalo ao 95% de confiança. As associações entre características qualitativas nominais mediante o teste Qui-quadrado e correlações de Spearman para variáveis categóricas ordinais. Para comparar os escores dos estilos parentais com os valores de referência foi utilizado teste t para uma amostra ao nível de significância do 5%. **Resultados:** Foram apresentados em dois artigos. Artigo 1 Automutilação em adolescentes escolares: prevalência e padrões psicológicos. A prevalência de comportamentos de automutilação foi 45,4% [IC95%: 38,1% - 52,7%] sendo os mais frequentes: morder (30,4%), machucar-se de propósito física e emocionalmente (29,9%), cortar certas partes do corpo (21,9%). No grupo com ocorrência de automutilação (79 casos) a maioria são adolescentes do sexo feminino (70,9%), com idade média $14,1 \pm 1,1$ anos. Dos adolescentes que automutilam 60,7% adotam três ou mais comportamentos. Os fatores motivacionais dos comportamentos de automutilação de maior prevalência foram machucar-se para aliviar a raiva (56,7%), machucar-se para acalmar (49,5%), machucar-se para deixar de sentir-se infeliz e deprimido (44,0%). A ocorrência de comportamentos impulsivos frequentes (sempre

ou muitas vezes) na amostra total de adolescentes foi 51,1% [IC95%: 43,5% - 58,7%] sendo que, daqueles que praticam a automutilação verificou-se que 77% apresentam comportamento impulsivo frequentes com uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). O risco relativo de ideação suicida naqueles adolescentes que perpetraram automutilação foi 1,98 [IC95%: 1,6-2,42 6].

Artigo 2 Análise da correlação entre práticas educacionais parentais e comportamentos de automutilação. Os resultados revelam uma correlação direta estatisticamente significativa das práticas negativas das mães e comportamentos de automutilação dos adolescentes ($r = 0,519$; $p < 0,0001$) e correlação inversa com das práticas positivas com a frequência de comportamentos de automutilação ($r = -0,325$; $p < 0,0001$). Assim como acontece com os pais: práticas negativas dos pais e comportamentos de automutilação dos adolescentes ($r = 0,426$; $p < 0,0001$) e correlação inversa das práticas positivas com a frequência de comportamentos de automutilação ($r = -0,304$; $p < 0,0001$). Observou-se a redução de comportamentos de automutilação diante de práticas positivas, consistindo em fatores de proteção para a adoção da automutilação. Os perfis dos pais e mães identificados em nossos achados indicam modelos disfuncionais, estando a ocorrência da automutilação correlacionada a práticas educacionais negativas.

Considerações Finais: Esse estudo possibilitou descrever a alta ocorrência da prática da automutilação, bem como, sobre a elevada ocorrência de comportamentos impulsivos e ideação suicida entre adolescentes que automutilam. Apresentou limitações no que se refere às características da amostra estudada, não sendo possível a obtenção de uma distribuição de variáveis sociodemográficas homogêneas e a extrapolação dos resultados para a população de adolescentes escolares brasileiras como um todo. Em suas contribuições iniciais permitiu compreender quais práticas educacionais parentais são fatores de risco para automutilação e perceber que houve redução de comportamentos de automutilação diante de práticas positivas, configurando fator de proteção.

Palavras-chave: Automutilação. Comportamento Autodestrutivo. Comportamento do adolescente; Prática Educacional Parental.

ABSTRACT

Silva, LCL. Profile, parental educational practices and prevalence of self-mutilation in adolescents of students from Feira de Santana-Ba. [Dissertation]. Postgraduate Program in Collective Health, Feira de Santana State University (UEFS), 2020.

Introduction: Self-injurious behaviors in adolescence, including self-mutilation, are a relevant public health problem. Self-mutilation is defined as a direct and deliberate act of destruction or alteration of body parts without conscious suicidal intention. The individual tends to use low lethality and repetition techniques with components of compulsiveness and impulsivity. It usually starts during adolescence, between 13 and 14 years old, with the possibility of persisting for 10 to 15 years. This theme is justified by the perception of the growing demand for self-harm cases in adolescents, by the observation in the professional practice of limited resources in the Health and Education Network of the municipality of Feira de Santana, as well as the underreporting of cases of non-suicidal self-inflicted violence. The objectives of this study were: to describe the occurrence of self-mutilation; identify the individual characteristics of the adolescents who self-use; investigate which motivational factors of adolescents to adopt self-mutilation behaviors; associating impulsive behaviors and suicidal ideation with the occurrence of self-mutilation; and, to evaluate how parental educational practices are associated with self-mutilation behavior in school adolescents. **Method:** exploratory and descriptive study, cross-sectional data collection, of a non-probabilistic sample, consisting of 174 adolescents aged 12 to 17 years, of both sexes from the public education network of Feira de Santana-BA. Parenting Styles Inventory (IEP) was used to provide information on parental educational practices. For the occurrence of self-mutilation in adolescence, the Impulse, Self-Harm and Suicidal Ideation Questionnaire in Adolescence (QIAIS-A) was used. The data were analyzed using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences - Version 24. They were expressed by measures of central tendency with their respective measures of dispersion (standard deviation) and by the prevalence with a 95% confidence interval. Associations between nominal qualitative characteristics using the Chi-square test and Spearman correlations for ordinal categorical variables. To compare the scores of parenting styles with the reference values, a t test was used for a sample at the 5% significance level. **Results:** They were presented in two articles. Article 1 Self-harm in school adolescents: prevalence and psychological patterns. The prevalence of self-harm behaviors was 45.4% [95% CI: 38.1% - 52.7%], the most frequent of which were: biting (30.4%), being physically and emotionally hurt (29.9%), cut certain parts of the body (21.9%). In the group with the occurrence of self-mutilation (79 cases), most are female adolescents (70.9%), with a mean age of 14.1 + 1.1 years. Of the adolescents who self-use 60.7% adopt three or more behaviors. The most prevalent motivational factors for self-harm behaviors were hurting oneself to relieve anger (56.7%), hurting oneself to calm down (49.5%), hurting oneself to stop feeling unhappy and depressed (44.0%). The occurrence of frequent impulsive behaviors (always or often) in the total sample of adolescents was 51.1% [95% CI: 43.5% - 58.7%], and among those who practice self-mutilation it was found that 77% present frequent impulsive behavior with a statistically significant association ($p < 0.0001$). The relative risk of suicidal ideation in those adolescents who perpetrate self-mutilation was 1.98 [95%

CI: 1.6-2.42 6]. Article 2 Analysis of the correlation between parenting educational practices and self-mutilation behaviors. The results reveal a statistically significant direct correlation between mothers' negative practices and adolescent self-mutilation behaviors ($r = 0.519$; $p < 0.0001$) and an inverse correlation with positive practices with the frequency of self-mutilation behaviors ($r = -0.325$; $p < 0.0001$). As with parents: negative parenting practices and adolescent self-harm behaviors ($r = 0.426$; $p < 0.0001$) and an inverse correlation of positive practices with the frequency of self-harm behaviors ($r = -0.304$; $p < 0.0001$). There was a reduction in self-mutilation behavior in the face of positive practices, consisting of protective factors for the adoption of self-mutilation. The profiles of fathers and mothers identified in our findings indicate dysfunctional models, with the occurrence of self-mutilation being correlated with negative educational practices. **Conclusion:** This study made it possible to describe the high occurrence of self-mutilation, as well as the high occurrence of impulsive behaviors and suicidal ideation among adolescents who self-use. It presented limitations with regard to the characteristics of the studied sample, making it impossible to obtain a homogeneous distribution of sociodemographic variables and extrapolating the results to the population of Brazilian schoolchildren as a whole. In his initial contributions, he allowed to understand which parental educational practices are risk factors for self-mutilation and to realize that there was a reduction in self-mutilation behavior in the face of positive practices, configuring a protection factor.

Keywords: Self-mutilation. Self-destructive behavior. Adolescent behavior; Parental Educational Practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1A – Fatores associados à automutilação em adolescentes.....	29
Figura 1B – Correlação da ocorrência de automutilação e ideação suicida nos adolescentes da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019	64
Figura 1C – Gráfico das correlações estilos parentais de mães e pais com comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	91
Figura 2C – Gráfico das correlações entre as práticas educacionais positivas e negativas das mães com comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	92
Figura 3C – Gráfico das correlações entre as práticas educacionais positivas e negativas das mães com comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1A – Tamanho da amostra de alunos da rede pública municipal de Feira de Santana (BA), 2018.....	45
Tabela 1B – Comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	60
Tabela 2B – Prática de Comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	61
Tabela 3B – Associações entre características individuais e ocorrência de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	61
Tabela 4B – Fatores Motivacionais dos comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	62
Tabela 5B – Ocorrência de automutilação e associação com comportamentos impulsivos em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	63
Tabela 6B – Associações entre ocorrência de automutilação e ideação suicida nos adolescentes da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	64
Tabela 1C – Ocorrência e perfil de automutilação de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	88
Tabela 2C – Valores de tendência central e de dispersão das dimensões do Práticas Educativas Parentais, monitoria positiva, comportamento moral, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abusos físico de pais e mães dos adolescentes participantes do estudo. Feira de Santana, Bahia-Brasil.....	90
Tabela 3C – Práticas educacionais de pais e mães com comportamentos de automutilação dos adolescentes da rede pública de ensino do município de Feira de Santana (BA), 2019.....	91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Inventário de Estilos Parentais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSI	<i>Parenting Style Inventory</i>
QIAIS-A	Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida Adolescente
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	25
3.1	DESENVOLVIMENTO HUMANO E AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES: PROCESSOS INDUTORES.....	25
3.2	FAMÍLIA E ADOLESCENTE: FUNCIONAMENTO PSICOEMOCIONAL NAS RELAÇÕES SÓCIO AFETIVAS	33
3.3	ESCOLA: O ESPAÇO DA DIVERSIDADE E EXPERIÊNCIAS DE AUTOMUTILAÇÃO	36
3.4	RELAÇÕES FAMILIARES, PRÁTICAS EDUCACIONAIS E ESTILOS PARENTAIS NA CONSTRUÇÃO DO ADOLESCENTE.....	38
4	METODOLOGIA	44
4.1	LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.2	AMOSTRA	44
4.3	COLETA DE DADOS	45
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	47
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	47
4.7	ANÁLISE E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	48
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	48
5	RESULTADOS	50
5.1	ARTIGO 1: AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES ESCOLARES: PREVALÊNCIA E PADRÕES PSICOLÓGICOS.....	50
5.2	ARTIGO 2: ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARENTAIS E COMPORTAMENTOS DE AUTOMUTILAÇÃO	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE	109

1 APRESENTAÇÃO

Os comportamentos autolesivos na adolescência apontam para uma possível adolescência patológica. Trata-se de um relevante problema de Saúde Pública que em sua gênese inclui um conjunto de vulnerabilidades biológicas, psiquiátrica, psicológica, familiar, social e fatores culturais, que podem colocar o adolescente em exposição à tentativa de suicídio ou ao suicídio consumado (HAWTON, SAUNDERS; O'CONNOR, 2012; ALMEIDA ET AL, 2018), mesmo porque a automutilação é um forte preditor conhecido da futura morte por suicídio (WELCH, 2001).

Almeida et al (2018) sinaliza que provavelmente devido à divulgação realizada por meio das redes sociais e também por causa da influência de alguns ídolos e celebridades que também praticam ou já praticaram esses comportamentos, naturalizando-os e reforçando-os, a automutilação tem encontrado esse espaço social, tornando-se um problema de saúde pública.

Dados revelam que cerca de 10% dos adolescentes tiveram pelo menos um episódio de autolesão não suicida ao longo da sua vida, com elevada prevalência em amostras comunitárias e clínicas, estando associados a morbidade psiquiátrica e a um aumento significativo do risco de suicídio consumado. Autópsias psicológicas indicam que ter engajado-se nesse comportamento aumenta em 16 vezes a chance de o adolescente morrer por suicídio (GUERREIRO, 2014; SIMIONI, 2017).

A ideação suicida, como precursor dos comportamentos de automutilação, das tentativas de suicídio e do suicídio consumado permite a detecção de jovem em risco (SILVA, 2017). Nesse sentido, identificar adolescentes com ideação suicida e que praticam a automutilação, pode prever outras possibilidades de riscos e mortes por suicídio. Prevenir esses comportamentos é uma forma de trabalhar o problema.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) suicidam diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, para cada pessoa que suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio. Cerca de um milhão de indivíduos morre por suicídio a cada ano, em todo o mundo. Na escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100 mil habitantes constituindo-se como a 13ª causa de morte, a terceira causa no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a segunda causa nos jovens dos 15 aos 19 anos (WHO, 2014).

A OMS define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Conceito que amplia a natureza de atos violentos que resultam de uma relação de poder, com ameaças e intimidações, negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração da violência (KRUG, 2002).

Krug (2002) propõe uma divisão da violência em três categorias: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida); violência interpessoal e; violência coletiva. A violência autoinfligida ou autoprovocada é subdividida em comportamento suicida e auto abuso, envolvendo pensamentos suicidas, tentativas de suicídio ou "autolesão deliberada" e suicídios completados. O auto abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação.

A violência autoprovocada compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito. As lesões autoprovocadas são fenômenos complexos e multicausais, e possuem como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal (BRASIL, 2017).

A OMS, por sua vez, explica que a violência autoprovocada envolve a automutilação e a define como ato direto e deliberado de destruição ou alteração de partes do corpo sem intenção suicida consciente. Utiliza como referência Armando Favazza (1999) e apresenta três categorias propostas pelo autor: automutilação importante; automutilação estereotipada e; automutilação superficial a moderada. A última classificação será a utilizada neste estudo e consiste em cortar, arranhar ou queimar a pele, enfiar agulhas na pele ou puxar cabelo compulsivamente (KRUG, 2002).

No Brasil entre 2011 e 2016, dados do Ministério da Saúde (MS) indicam que foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas. Nesse período, observou-se um aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente (BRASIL, 2017).

As notificações das lesões autoprovocadas distribuídas por sexo feminino e masculino são similares, com prevalências médias segundo raça/cor, em brancos (49%), seguido de negros (37%) em ambos sexos; em relação a escolaridade (31%) apresentam ensino fundamental incompleto ou completo. A ocorrência de lesão

autoprovocada nos sexos feminino e masculino se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 74,4% e 70,1%, dos casos, respectivamente, não expressando diferenças significativas (BRASIL, 2017).

Considerando as características da ocorrência dos casos de lesão autoprovocada notificados no Brasil, entre 2011 e 2016, percebe-se que os maiores números se referem ao episódio na própria residência em ambos sexos, o que pode possibilitar uma reflexão acerca da necessidade do sujeito por um ambiente seguro e ao mesmo tempo privado. As notificações por lesão autoprovocada, apresentadas segundo sexo e região de residência revelam as maiores proporções no sudeste (51,2% sexo feminino e 49,6% masculino), enquanto na região nordeste (12,7% sexo feminino e 12,6% masculino). Nesse sentido, pode-se considerar a ocorrência de subnotificações na região nordeste, em especial (BRASIL, 2017).

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2011, quando a notificação passou a ser universal para todos os serviços de saúde públicos e privados do país. A investigação, a identificação e a prevenção desses comportamentos autolesivos são considerados prioritários nas políticas de saúde da União Europeia e de Portugal (GUERREIRO, 2014). Entretanto, no Brasil, os estudos epidemiológicos de prevalência ainda são escassos, mostrando-se um campo de pesquisa e intervenção a ser trabalhado.

O primeiro estudo sobre prevalência de automutilação em uma amostra de escolares foi publicado em 2002, sendo encontrada uma prevalência de 14%. Embora haja apenas pouco conhecimento sobre a prevalência da automutilação antes do ano 2000, as taxas de prevalência têm sido bastante estáveis ao longo das publicações de diferentes países nos últimos 15 anos. Até 2017 poucos estudos de caráter longitudinal haviam sido realizados, no que tange a identificação do perfil epidemiológico da automutilação (BROWN; PLENER, 2017).

O Boletim Epidemiológico publicado no Brasil em 2017, apresenta lacunas no que se refere a informações específicas acerca da automutilação, não apresentando estudos descritivos ou inquéritos de identificação que abarquem informações acerca das motivações, distribuição dos casos e local de prática, e fatores de risco e proteção. Bernardes (2015) aponta o escasso aprofundamento das Políticas Públicas, bem como, a ausência de cartilha de orientação para os profissionais da

saúde (ou da educação) para trabalhar com os adolescentes que praticam o comportamento de automutilação.

A automutilação pode ser referida como autolesão, auto abuso, violência autoinfligida, violência autoprovocada, entre outros. Entretanto, o termo automutilação é o mais encontrado em pesquisas no Brasil e também em cartilhas do Ministério da Saúde (BERNARDES, 2015).

Antes, a automutilação era apenas considerada uma característica de determinados transtornos de personalidade ou outros transtornos mentais, conforme é tratada, por exemplo, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV).

Atualmente, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V), o comportamento suicida, as automutilações e outras violências autoprovocadas, passaram a ser categorizadas como um Transtorno Mental à parte e não mais como apenas sinal e sintomas de outros Transtornos Mentais, sendo inseridas na categoria de Condições para Estudos Posteriores (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014).

Nesse sentido, automutilação é o ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem intenção consciente de suicídio. Esse comportamento é repetitivo, chegando, em alguns casos, a mais de 100 vezes em um período de 12 meses. O indivíduo tende a usar técnicas de baixa letalidade, o que dá condições de repetição. Esse comportamento é predominante em adolescentes e adultos jovens, no sexo feminino (WHITLOCK *et al.*, 2011; HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012) e não incluem as automutilações praticadas em grupo ou como ritos de passagem (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008; CEDARO; NASCIMENTO, 2013; BROWN; PLENER, 2017).

Assim, esse comportamento caracteriza-se pela busca de alívio imediato a uma situação que lhe desperte sentimentos negativos, causada por uma profunda dor emocional. O indivíduo não consegue expressar de outra maneira, encontrando na automutilação a forma de lidar com sua dor, sentimentos ou situações desestruturantes (GRATZ, 2001; SILVA; SIQUEIRA, 2017).

Os adolescentes com comportamento automutilatório experimentam sentimentos e pensamentos negativos, dificuldades interpessoais e sentem a necessidade de se envolver com comportamento de automutilação. A automutilação tem sido exercida para aliviar sentimentos negativos, estados cognitivos,

dificuldades interpessoais ou para induzir sentimentos positivos, pois essa função reguladora reforça o comportamento (FONSECA ET AL, 2018).

Entre os adolescentes que apresentam automutilação deliberada é comum determinadas características, tais como: dificuldade em identificar, entender ou expressar suas emoções, maior frequência de emoções negativas na vida diária, menores recursos pessoais de enfrentamento, baixa autoestima, baixa habilidades de resolução de problemas, menor crença na autoeficácia e maior tendência de autculpabilização como forma de enfrentamento. Verificam-se também evidências entre fatores psicopatológicos específicos e o comportamento de autoagressão, tais como desrealização/dissociação e alexitimia (falta de expressividade emocional) (FLIEGE ET AL., 2009).

Para Nock (2010) o comportamento autolesivo pode ser explicado de maneira multicausal, através de um modelo teórico integrado que envolve predisposição genética para alta reatividade emocional ou cognitiva, hostilidade ou criticismo familiar que interagem e resultam num alto risco de engajamento tanto para fatores de vulnerabilidade intrapessoais (emoções e cognições aversivas intensas e baixa tolerância ao distresse), como interpessoais (habilidades de comunicação pobres e baixa capacidade de resolução de problemas), aumentando o risco de engajamento em comportamentos autolesivos.

Nesse sentido, um adolescente que auto lesiona pode ter influências sociais, pessoais, familiares, sendo que um fator não exclui o outro e ambos podem ser fundamentais para levar à prática do comportamento de automutilação, assim como reforça-lo. Em outro estudo realizado por Nock et al. (2006) com história recente de automutilação nos últimos 12 meses, identificou-se 70% dos adolescentes envolvidos em automutilação relataram uma história de vida de pelo menos uma tentativa de suicídio, que ressalta a importância de obter melhor compreensão de como e porque algumas pessoas que se automutilam desenvolvem a intenção de morrer e outros não.

Castilho, Gouveia e Bento (2010) afirmam que o acontecimento precipitante mais comum diz respeito à percepção de uma perda interpessoal. Alguns estudos mostraram que os indivíduos habitualmente descrevem sentimentos de tensão extrema, ansiedade, raiva ou medo antes da automutilação.

Embora sejam comportamentos distintos, a automutilação e tentativas de suicídio são comportamentos frequentemente associados, mesmo porque dividem

algumas experiências em comum. Giusti (2013) explica que enquanto na automutilação, o desejo é de se sentir melhor (busca de mudança), na tentativa de suicídio, objetiva-se a morte (busca de um fim). Na automutilação, o resultado é imediato e pode ser repetido várias vezes até que a sensação desejada seja atingida, geralmente, a sensação de alívio. Nesse sentido, a automutilação configura um sacrifício a uma parte do corpo em busca da proteção do seu todo.

Enquanto sujeitos com ideação suicida desejam morrer e encontram na morte uma fuga e um desejo de cessar todos os sentimentos, os indivíduos que se automutilam procuram viver livre de pensamentos, comportamentos e sentimentos disfóricos, buscando uma forma de apaziguar conflitos internos (LOPES, 2012). É, em algum nível, a busca por um meio de se auto preservar e se auto curar, em certo sentido, não funcional, mas o ajustamento possível para o sujeito naquele momento.

Para Nock (2010) o comportamento suicida se caracteriza pela intenção de tirar a própria vida e se apresenta através da ideação suicida, do plano suicida, e da tentativa de suicídio. Entretanto os fenômenos não suicidas englobam ameaça de suicídio, mas sem intenção de fazê-lo, pensamentos de ferir a si próprios, e a autolesão, com dano físico sem intenção de tirar a própria vida. Ainda assim, é preciso considerar que pessoas com histórico de autolesão compõem um grupo de risco de particular importância para a prevenção do suicídio, estando o comportamento automutilatório presente em pelo menos dois terços (64,1%) dos suicídios (HAWTON ET AL., 2015).

Os atos lesivos contra o próprio corpo podem ocorrer como cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos egodistônicos. A automutilação é compreendida como autodestruição, caracterizada na maioria das vezes com cortes na pele em que as principais zonas corporais atacadas são, geralmente, os braços, os pulsos, os tornozelos, o ventre, as axilas, os pés e as pernas (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008; LOPES, 2012; CEDARO; NASCIMENTO, 2013).

A automutilação e o estabelecimento da sensação de alívio possibilitam que o cérebro estabeleça ligação entre os fatores envolvidos no processo, dor física, a sensação de alívio e distração da dor emocional, fazendo com que o indivíduo recorra ao comportamento repetidamente sempre que encontrar-se à eminência de qualquer turbulência emocional, desencadeando uma dependência, reduzindo sua

capacidade de controle, tornando-se um comportamento impulsivo (ROSA, 2011; *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014). Ou seja, se as respostas do indivíduo, mesmo que desadaptativas, trouxerem alívio e forem consolidadas, tem-se um padrão de resposta que tende a se repetir sempre que experimentar emoções negativas que aumentam a probabilidade de novos atos para reduzir o estado de tensão (CIPRIANO, CELLA, COTRUFO, 2017; SANTOS, FARO, 2018)

Arcoverde e Soares (2012) explicam que com o passar do tempo se atinge níveis de tolerância devido à repetição frequente do comportamento, demandando assim, de maior profundidade e quantidade de cortes para alcançar a sensação esperada, o que torna o ato cada vez mais danoso e prejudicial.

Diante do comportamento da automutilação, suas motivações e consequências, o acolhimento e tratamento dos sujeitos é fundamental, contudo, há problema para a identificação dos casos e avaliação dos possíveis diagnósticos. Adolescentes com comportamentos de violência autoprovocada de caráter não suicida tendem a não buscar, por preconceito e estigma, ajuda psicológica ou acompanhamento clínico.

Fortes, Kother e Macedo (2007) afirmam que esses grupos não demonstram inquietação ou angústia com o fato de se automutilar, sendo o alarme acionado quando um adulto descobre e se preocupa com o fato.

Nesse sentido, cabe aprofundar na compreensão do ser adolescente na sociedade atual, pois, diferente das sociedades antigas, onde a passagem para idade adulta era abrupta e bem marcada – inclusive por ritos de passagens – nas sociedades industriais modernas há o reconhecimento de um longo período de transição conhecido como adolescência, que oferece oportunidades de crescimento – em dimensões físicas, competência cognitiva e social, em autonomia, autoestima e em intimidade. Contudo, apesar dos riscos desse período, a maioria dos jovens passa pelos anos de adolescência com boa saúde física e mental (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A concepção da crise de identidade de um adolescente é muito influenciada por pressupostos culturais em sociedades ocidentais industrializadas, nas quais o estado adulto total é adiado por quase uma década após a puberdade. Nessas culturas, os jovens não adotam similares aos papéis ou ocupações que seus pais, são encorajados a escolher por si mesmos e se defrontam com o que pode ser uma série atordoante de opções (BEE E BOYD, 2011).

O início da adolescência, quase por definição, é um tempo de transição, de mudança significativa em virtualmente todos os aspectos do funcionamento da criança (BEE E BOYD, 2011). É um período submetido a uma forte dose de estresse, tendo em vista a amplitude das mudanças pessoais que ela provoca. Embora a grande maioria dos jovens consiga atravessar as turbulências sem guardar sequelas, isso não os impede de experimentar em certos momentos um sentimento de desespero que pode leva-los a pensar em acabar com aquela vida que consideram horrível (CLOUTIER, DRAPEAU, 2012, OZELLA,2003).

A motivação para estudar essa temática justifica-se pela percepção da crescente demanda de casos de automutilação em adolescentes, pela observação em minha prática profissional de recursos limitados na Rede de Saúde e Educação do município de Feira de Santana, bem como, a subnotificação dos casos de violência autoprovocada não suicida.

Durante o ano de 2017 trabalhei como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) fazendo a cobertura de cinco Unidades de Saúde da Família (USF). Neste período foram realizados atendimentos à adolescentes que automutilavam em todas as Unidades, este fenômeno chamou atenção e provocou questionamentos quanto a prevalência, às motivações, sentimentos, pensamentos associados a este comportamento, visto que, haviam padrões nas queixas que as adolescentes (todas do sexo feminino) apresentavam, geralmente, pontuavam questões associadas à violências, sentimentos disfóricos, relacionamentos familiares e com os pares.

Para além dos atendimentos individuais, também foram realizadas atividades junto a uma escola, localizado em um dos distritos que atuava. A escola possuía informação de apenas um caso de automutilação, que foi sinalizado ao NASF, iniciado acompanhamento psicológico e realizado os devidos encaminhamentos sociais e na saúde. Posteriormente, a adesão da adolescente ao tratamento permitiu compartilhar outros quatro casos de automutilação na mesma escola. Em discussão de caso entre Equipe do NASF e direção da Instituição Escolar, foi proposta a realização de grupo terapêutico e encaminhamentos necessários. Os grupos aconteceram após autorização dos pais e/ou responsáveis. Realizar os encontros terapêuticos com adolescentes foi um desafio, que possibilitou despertar nelas a capacidade de resgatar autoestima e sentido de vida, bem como, identificar, compreender e trabalhar as motivações da automutilação e da ideação suicida e

reassignificá-las. Tudo isso, intensificava o meu desejo de compreender melhor o fenômeno e conduziu à construção do projeto de pesquisa que originou a presente dissertação.

Nesse cenário revela-se a necessidade, inicialmente, de estudos de caráter epidemiológico, de diagnóstico e perfil das violências autoprovocadas não suicidas, tipo de personalidade do adolescente, estilos parentais dos pais, associação com ideação e tentativa de suicídio, visto que, no Brasil há uma escassez de pesquisas no tema para identificar padrões de funcionamento dos adolescentes que adotam tais comportamentos, tornando pouco visíveis os motivadores, fatores de risco e proteção para adoção da prática da automutilação e suas consequências.

Esta pesquisa constitui-se um trabalho de conclusão do curso de Mestrado Acadêmico, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia (UEFS).

Considerando o contexto abordado e perpassado os diversos contextos na constituição do adolescente têm-se as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil sociodemográfico dos adolescentes escolares que automutilam? Quais os comportamentos de automutilação em adolescentes escolares? Quais são os fatores motivacionais em adolescentes escolares que adotam a automutilação como prática? Existe associação entre a ocorrência de automutilação e comportamentos impulsivos e ideação suicida em adolescentes escolares? Como as práticas educacionais parentais se associam aos comportamentos de automutilação em adolescentes escolares?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil, a prevalência, os padrões psicológicos (características individuais, ideação suicida e comportamentos impulsivos) e práticas educacionais parentais para a adoção de comportamentos de automutilação em adolescentes escolares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a ocorrência da automutilação;

Identificar quais as características individuais dos adolescentes que automutilam;

Investigar quais fatores motivacionais dos adolescentes para adoção de comportamentos de automutilação;

Associar os comportamentos impulsivos e ideação suicida à ocorrência de automutilação;

Avaliar como as práticas educacionais parentais se associam aos comportamentos de automutilação em adolescentes escolares.

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO E AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES: PROCESSOS INDUTORES

O desenvolvimento ecológico distingue-se das perspectivas biológicas e sociológicas por não privilegiar um polo em detrimento do outro como fonte de condicionamento do desenvolvimento, pois concede a importância ao contexto (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Nesse cenário o ambiente ecológico é composto por subsistemas socialmente organizados de microsistema, que consiste em um padrão de atividades, papéis, relações interpessoais vivenciadas, percebidas e significadas pela pessoa em desenvolvimento numa dada situação; o mesossistema, que inclui as inter-relações entre dois ou mais ambientes com participação ativa da pessoa; o exossistema que refere-se a um ou mais ambientes que não envolvem a participação ativa da pessoa e, por fim, o macrosistema composto de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas, presentes no cotidiano (BRONFENBRENNER, 1996; NOBRE, 2018).

Dentro dessa perspectiva do modelo ecológico cabe observar que a pessoa em desenvolvimento é considerada um sujeito ativo que interage com o ambiente, afetando e sendo afetado, ressaltando as interconexões entre esses ambientes e as influências externas oriundas de meios mais amplos. (BRONFENBRENNER, 1996).

Essas interações recíprocas podem variar de acordo com as características das pessoas, dos contextos e do momento em que elas acontecem, podendo produzir tanto competências como disfunções no desenvolvimento. Neste modelo, o adolescente, como qualquer pessoa, apresenta características individuais, psicológicas e biológicas que lhe são próprias, que o possibilita lidar de forma singular com suas experiências de vida. Ele é considerado um sujeito ativo, produto e produtor do seu desenvolvimento que ocorre na interação com o contexto (SENNA; DESSEN, 2012).

O homem é constituído em uma relação dialética com o social e com a história, sendo ao mesmo tempo singular e histórico. É formado na (e pela) atividade e ao produzir sua forma humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de

produção vigente. Deste modo, indivíduo e sociedade não mantêm uma relação isomórfica entre si, mas, uma relação de mediação, na qual um constitui o outro, sem que com isso cada um dos elementos perca sua identidade (AGUIAR, 2001). Neste contexto social e histórico a adolescência se apresenta como uma importante etapa de vida em que se consolida e reforça os laços sociais, possibilitando aos adolescentes um espaço de expressão e de ressignificação de suas vivências, visto que, podem estar banhados por sentimentos angustiantes e conflitantes.

A adolescência é reconhecida como um longo período de transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta que envolve oportunidades de crescimento – não apenas em dimensões físicas, mas também em competência cognitiva, social, inter-relacional, em autonomia, em autoestima, em intimidade. À medida que se tornam fisicamente maduros, os adolescentes, muitas vezes, lidam com necessidades e emoções conflitantes enquanto se preparam para se separar da segurança do ninho parental (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Os adolescentes de 12 ou 13 anos estão assimilando um número enorme de experiências físicas, sociais e intelectuais. Enquanto toda essa absorção está acontecendo, mas antes que as experiências tenham sido digeridas, o jovem está em um estado mais ou menos contínuo de desequilíbrio. Os velhos padrões e esquemas não funcionam mais muito bem, mas novos não foram estabelecidos. Vive-se na corda bamba e é durante esse período inicial que o grupo de iguais é tão centralmente importante. Por outro lado, espera-se que o jovem de 16, 17 ou 18 anos começa a fazer as acomodações necessárias, junta os pontos e estabelece uma nova identidade, novos padrões de relacionamentos sociais, novas metas e papéis (BEE E BOYD, 2011).

A adolescência é uma época de oportunidades e de riscos. Os adolescentes estão no limiar do amor, da vida profissional e da participação na sociedade adulta. Mas é também uma época em que alguns jovens se comportam de maneiras que excluem opções e limitam suas possibilidades, se impedindo de realizar seu potencial (PAPALIA; FELDMAN, 2013)

A socialização aparece como fator fundamental dentro dessa composição dialética e define-se como um processo de aquisição de comportamentos, atitudes e valores necessários à adaptação social do indivíduo. Ela começa desde o estabelecimento das primeiras relações humanas e continua até que um equilíbrio

de adaptação estável tenha sido alcançado, o que pode levar a vida inteira (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Os adolescentes mais novos usam a família como uma base segura para explorar o restante do mundo, incluindo o mundo de relacionamentos com iguais. Os pais de adolescentes devem tentar encontrar um equilíbrio entre fornecer a segurança necessária, frequentemente na forma de regras e limites claros e, contudo, permitir independência (BEE E BOYD, 2011).

A necessidade de independência do adolescente de acordo com Cloutier e Drapeau (2012) cria uma demanda de estratégias de autorregulação adequadas e, muitas vezes, exigidas socialmente: comportar-se com autonomia exige que o jovem seja capaz de mandar em si mesmo, certamente, mais de forma aceitável pelos outros, o que implica o respeito de regras, limites e normas que ele deve assimilar. Todo este movimento ocorre em contextos de vida social bem reais, como a família, a escola, círculo de amigos, empregos, entre outros.

Por outro lado, com a sociedade neoliberal, a construção de expectativas sociais e a ênfase do mercado e do consumo, envolvidas nas questões tecnológicas e nas mudanças do padrão social e culturas das massas, a juventude vem sendo colocada em situação de grande vulnerabilidade social e adota o discurso da falta. Nascimento (2002) considera que os jovens parecem estar paralisados dentro de condições sociais que aumentam sua vulnerabilidade, uma vez que as informações veiculadas pelas mídias se destinam mais à construção de modelos estereotipados de comportamentos para atender as demandas sociais e de consumo, do que a dar condições de modificação e enfrentamento de sua realidade social.

Deste modo, Bronfenbrenner (1996) ressalta a importância do contexto social e dos fatores culturais no processo desenvolvimental e a influência entre os fatores biológicos, psicológicos, ambientais, históricos e sociais, nos diferentes sistemas que envolvem o indivíduo.

Há assim, uma transmissão de padrões entre as gerações, com destaque para os valores, crenças e práticas, em tempos e contextos imediatos e remotos, os quais exercem influência sobre o desenvolvimento do adolescente.

Desse modo, compreendendo que a totalidade social é constitutiva da adolescência, Aguiar, Bock e Ozella (2001) explicam que as condições sociais constroem uma determinada adolescência, lembrando que, estas não têm a função

de facilitar, contribuir ou dificultar o desenvolvimento de determinadas características do jovem.

As transições da adolescência, podem causar efeitos diretos e indiretos que ocorrem não somente nas características individuais, mas, sobretudo, nas transformações histórico-culturais, sociais, políticas e econômicas, atribuídas à época em que ela é vivida, considerando as influências bidirecionais entre a pessoa e os contextos (BRONFENBRENNER, 1996).

No que tange a automutilação em adolescentes, este comportamento possui antecedentes ambientais, biológicos e psicológicos. Lourenço (2008) explica que para muitos indivíduos os antecedentes ambientais incluem problemas como conflitos interpessoais e rompimentos relacionais, ou frustração associada a desempenhos profissionais ou escolares. Para outros, os gatilhos podem passar por experiências diárias que despertam memórias traumáticas.

Os elementos biológicos que influenciam a automutilação variam de fadiga, insônia, doença ou intoxicação. Os bioquímicos estão relacionados a disfunção do sistema límbico, baixos níveis de serotonina, baixa sensibilidade à dor, entre outros. Já os aspectos psicológicos envolvem os antecedentes cognitivos, afetivos e comportamentais que incluem emoções disfuncionais, hábitos, práticas e rituais que antecedem a mutilação e que podem se tornar difíceis de interromper (LOURENÇO, 2008).

Segundo *American Psychiatric Association* (2014) na categoria Condições para Estudos Posteriores os critérios propostos para comportamentos de autolesão não suicida (automutilação) são: 1. Engajamento do indivíduo, em cinco ou mais dias, em dano intencional auto infligido à superfície do seu corpo induzindo sangramento, contusão ou dor, com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado, não havendo intenção suicida. 2. Expectativas de obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos; resolver uma dificuldade interpessoal e induzir um estado de sentimento positivo. 3. Associados as 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; antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar. 4. Não é socialmente aprovado. 5. As consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento

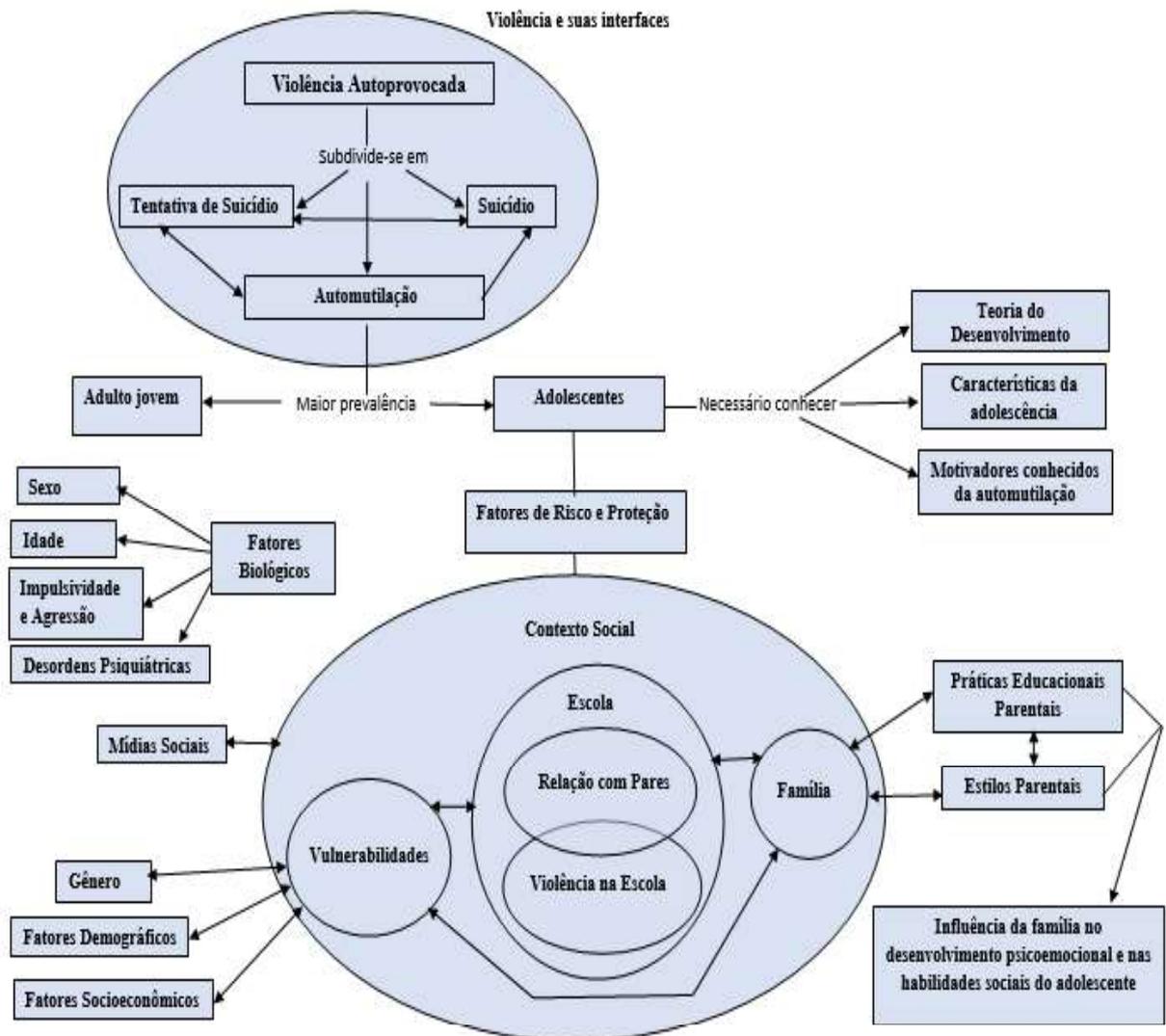
interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento e, por último, 6. Não ocorrem exclusivamente durante episódios psicóticos, delirium, intoxicação por substâncias ou abstinência de substância (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014). Vale ressaltar que, em alguns casos, a lesão é concebida como uma autopunição merecida.

Reis et al. (2013) percebem a automutilação também como indicador de autopunição com impressão de um controle interno, na busca de aceitação e expressão de sentimentos angustiantes. A automutilação é percebida como uma tentativa de alívio de sensações desagradáveis, conflitos não verbalizados e a continuidade decorre do alívio que sentem, repetindo diante de algo adverso ou até mesmo da lembrança da situação vivenciada. Percebe-se também uma ampliação do comportamento no contexto grupal, principalmente entre jovens, como uma forma de compartilhamento do contexto vivenciado.

Esses atos realizados pelos jovens em momentos de uma insuportável tensão interna, com a qual não sabem lidar, não são vivenciados como dor física, mas sim, como alívio do sofrimento. Fortes, Kother-Macedo (2007) recolocam o significado de uma dor que não encontra expressão pela via das palavras e diante desta impossibilidade de colocar em palavras a própria dor, o ato automutilatório se apresenta como um recurso atenuante. Dessa forma, os adolescentes buscam, paradoxalmente, apaziguar a dor psíquica insuportável por meio do ato de infligir-se uma dor física.

Os fatores de riscos associados à automutilação abordados em pesquisas consideradas como importantes para a compreensão desse tipo de violência autoprovocada são destacados como abuso emocional, físico ou sexual na infância; viver com apenas um dos pais; conflitos familiares; conhecimento de que algum membro da família ou colega pratica a automutilação; abuso de álcool e tabaco ou outras substâncias; ser vítima de *bullying* na adolescência; presença de sintomas depressivos, ansiosos, impulsividade e baixa autoestima; ideação ou tentativa de suicídio prévia (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008). Abaixo, a Figura 1A apresenta os fatores associados a automutilação na adolescência.

Figura 1A – Fatores associados à automutilação em adolescentes.



Fonte: O próprio autor (2018).

Se por um lado, o comportamento de automutilação abre as portas a uma redução de tensões emocionais acumuladas, por outro, aparece associado a sentimentos de vergonha, culpa, remorsos e isolamento. O adolescente condensa a auto agressividade em partes do corpo menos monitoradas pelos pais e familiares ou utiliza recursos para escondê-las, tornando um fenômeno íntimo, o que aumenta a dor emocional (LOURENÇO, 2008).

A necessidade de autonomia em relação aos adultos leva os adolescentes a passarem muito tempo com os amigos. As pressões diárias aumentam, iniciam atividades novas e surge o risco dessa influência tornar-se negativa, reforçando comportamentos de risco, devido baixa autoestima ou por falta de fontes alternativas

de comunicação e de sustentação emocional dos pais nas atividades diárias (CAMACHO et al., 2010).

Adolescentes que estão passando por rápidas transformações físicas reconfortam-se estando com outros que estão passando por mudanças semelhantes. Adolescentes que desafiam os padrões adultos e a autoridade dos pais renovam sua confiança buscando aconselhamento com amigos que estão na mesma posição que eles. Adolescentes que questionam a adequação dos pais como modelos de comportamento, mas ainda não se sentem suficientemente seguros de si mesmos para se bastarem, buscam os amigos para saber o que é bom e o que é ruim (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

As "panelinhas" e a intolerância com as diferenças – marcos do ambiente social da adolescência – são defesas contra a confusão de identidade. Os adolescentes também podem demonstrar confusão regredindo à infantilidade para não ter que resolver conflitos ou entregando-se impulsivamente a ações irrefletidas (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Os comportamentos de risco podem ocorrer objetivando o pertencimento ou a manutenção das amizades, visto que, para o adolescente é importante socialmente a integração em um grupo. As expressões dos comportamentos de risco são mais habituais longe dos pais, uma vez que os adolescentes estão na companhia dos pares fora do alcance parental, tendendo a distanciar-se do controle e de outras figuras de autoridade (ENGELS; BOGY, 2001).

As amizades são fundamentalmente diferentes dos relacionamentos familiares. Elas são mais igualitárias do que os relacionamentos com os pais, que detêm mais poder, ou com irmãos, que geralmente são mais velhos ou mais jovens. As amizades baseiam-se em escolha e comprometimento. Pelo mesmo motivo, são mais instáveis do que os relacionamentos familiares (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A era tecnológica, por outro lado, introduziu mudanças em todos os setores da vida humana, interferindo nas relações do sujeito com o mundo e produzindo novas subjetividades. As tecnologias da informação revolucionaram as formas de acesso ao saber e de comunicação humanas, introduzindo a possibilidade de relacionamentos virtuais entre pessoas de todo o mundo. As comunidades virtuais são o resultado de uma nova forma de organização social que surgiu na contemporaneidade: a sociedade em rede (LIMA et al., 2012).

Essa nova condição de relacionamento, como parte importante no cotidiano do adolescente, reforça as buscas por integração com um grupo de identificação

também virtualmente, muitas vezes, pela inabilidade de estabelecer tais contatos e desenvolver o sentimento de pertença pessoalmente.

Vale salientar dentro do contexto social as ferramentas das redes sociais virtuais e o que proporcionam ao adolescente. Além de possibilitar relacionamentos interpessoais e aprendizagens, têm servido para expressar sofrimento e expor conflitos íntimos e a prática da automutilação, funcionando como verdadeiros espaços terapêuticos (ROSA, 2011).

Na Internet, os adolescentes postam fotos de seus cortes, escrevem sobre como se cortam, como se sentem após adotarem este comportamento. Relatam que, usualmente, seus alvos são os braços, pernas, barriga e mãos por serem de acesso fácil e por serem escondidos dos pais e professores (ROSA, 2011). E, através do contato social virtual, vão se constituindo enquanto sujeito em desenvolvimento, atraindo o olhar dos pares e satisfazendo as suas necessidades.

As ferramentas das redes sociais, essencialmente entre os adolescentes, segundo Rosa (2011), configuram-se como meios de amplificar e saciar os ideais de relacionamento e de identificação. Existe uma sedução anônima, e também existe 'um outro' que se deixa seduzir. Existe um sonho de ser outra pessoa, um desejo de fugir do que lhe falta no cotidiano, uma falta psíquica resultante das interações. Daí se pode compreender sobre o verdadeiro fascínio que os jovens têm pelas redes sociais.

Lewis e Seko (2016) em uma pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2005 e 2015, verificaram as evidências atuais sobre os benefícios percebidos e os riscos da atividade *on-line* relacionada à automutilação, onde se identificou quatro benefícios potenciais: a atenuação do isolamento social, o incentivo à recuperação, a expressão emocional, e a redução dos impulsos para autolesão não-suicida; e três riscos potenciais: o reforço da autolesão não-suicida, o desencadeamento de impulsos de autolesão e a estigmatização associadas as atividades de autolesão não-suicida *online*.

Deste modo, ainda são necessárias *mixed* pesquisas com abordagens quantitativas e qualitativas que devam nos *campus* empírico e teórico examinar a associação entre as relações no contexto *online* e o comportamento de automutilação e identificar formas de redução dos fatores de isolamento social e estigma, buscando modos de potencializar os aspectos positivos das experiências na internet. Da mesma forma é importante conhecer também os gatilhos da

automutilação visto que podem ser usados para prever futuros atos de automutilação e tornarem-se oportunidades para praticar competências de substituição.

3.2 FAMÍLIA E ADOLESCENTE: FUNCIONAMENTO PSICOEMOCIONAL NAS RELAÇÕES SÓCIO AFETIVAS

A família é um microssistema fundamental para a constituição do sujeito e estabelecimento do seu funcionamento psicoemocional funcional ou disfuncional. Tomé et al. (2011) explicam que parte do comportamento dos adolescentes é influenciado pelas relações da infância e adolescência. No período da infância tendem a passar maior parte do tempo com os pais, enquanto que durante a adolescência os amigos passam a ter um papel essencial na sua história de vida. Contudo, estudos mostram a relevância da vinculação com os pais e a família para constituição do ser saudável.

A conduta dos pais em relação aos filhos está intimamente ligada à colocação de regras, normas e limites, pois, desde os primeiros anos de vida, o indivíduo começa a construir seu referencial de atitudes por meio do “olhar” e do comportamento do adulto. Recebe orientações a respeito do que é importante para preservar e defender a vida, como habilidades sociais e estímulos para crescer. Essa conduta é que possivelmente permitirá a constituição do referencial de limites e a posterior formação de sua personalidade e conduta em sociedade (RINHELSILVA; CONSTANTINO; RONDINI, 2012).

Na família se criam as primeiras relações humanas e acontecem as interações mais diretas e as experiências mais significativas para o adolescente, sobretudo no engajamento em práticas educativas e nos processos de comunicação. Neste momento, os diálogos, negociações e trocas de argumentos e de opiniões, devem ser frequentes. Reconhecida na sua complexidade, a família é um dos microssistemas responsáveis por conduzir o adolescente à compreensão de conceitos e valores básicos, ao engajamento na realização de tarefas e papéis sociais cada vez mais diversificados e complexos, e ao desenvolvimento de competências sociais, sendo assim um protótipo dos relacionamentos ulteriores (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012b; SENNA; DESSEN, 2012).

Os comportamentos dos pais que definem a prática de criação dos adolescentes subdividem-se em categorias de monitoramento e supervisão; controle, consistência/coerência e rigor de disciplina; apoio e comunicação. Porém, diante dos mais diversos padrões de funcionamento dos pais, os adolescentes buscam naturalmente a sua independência com o intuito de controlar e decidir acerca de sua vida.

A maneira como se dão as relações no ambiente familiar irão repercutir no desenvolvimento cognitivo, orgânico, ético e moral dos seus membros, durante todo o ciclo vital. É importante relevar que o contexto familiar tem sido identificado como a rede de apoio mais próxima, durante a infância, e um importante fator protetivo, pois a presença de características na família como afeto, intimidade e comunicação, podem ajudar as crianças a manterem um senso de estabilidade e rotina frente a mudanças e situações estressantes a que estão expostas no decorrer do seu cotidiano (NASCIMENTO; FERNANDES, 2017).

A difícil compreensão e percepção da necessidade de diferenciação do adolescente é confundida pelos pais como uma atitude de rebelião dos filhos, à medida que estes tendem, nessa etapa da vida, a questionar os seus valores e opiniões (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Papalia e Feldman (2013) explicam que os conflitos familiares são mais frequentes no início da adolescência podendo estar relacionados com as tensões da puberdade e a necessidade de afirmar a autonomia. Contudo, tendem a ser mais intensos em meados da adolescência, apresentando discussões mais carregadas, manifestando as tensões emocionais que ocorrem à medida que os adolescentes experimentam sua liberdade. Por outro lado, os conflitos ocorrem em menor frequência na adolescência tardia, podendo refletir uma adaptação às importantes mudanças deste período e uma renegociação do equilíbrio de poder entre pais e filhos ou apenas porque passam menos tempo com eles.

Considerando-se os problemas e desafios enfrentados pela família, é necessário que a família supere as crises pelas quais passa o adolescente e consiga modificar-se, englobando as diferenças e mudanças pessoais dos membros que a constituem, aprendendo a lidar com a diferenciação e transição decorrente da vivência singular da adolescência (PRATTA; SANTOS, 2007).

Este contexto demanda da existência de uma rede de apoio social que promova a superação do estresse, a resolução de conflitos e o restabelecimento de

uma dinâmica familiar saudável, visto que, as famílias podem desenvolver padrões de relacionamento disfuncionais, tais como: maus tratos à criança, violência intrafamiliar e abuso de substâncias. Nesse sentido, tem-se as instituições públicas ou privadas e ressalta-se a escola, com um papel fundamental na oferta de apoio, direta ou indiretamente (DESSEN; POLONIA, 2007).

O microsistema familiar possui um padrão de papéis, de atividades e de relacionamentos que são associados a determinados comportamentos e expectativas, de acordo com a sociedade no qual está inserido. Como um sistema de encaixes contidos uns nos outros, o microsistema está inserido nos sistemas mais amplos que o influenciam e aos quais também influencia.

A forma de entrar em contato, buscar presença ou fugir dos outros, expressar-se verbalmente ou não, dar e receber, ganhar ou perder, são comportamentos aprendidos na família e que podem ser experimentados e adaptados fora do círculo familiar (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012). Assim, os processos experienciados nos diversos contextos (as relações da família com a escola, com a vizinhança, com o ambiente de trabalho, com os grupos sociais, entre outros) não são independentes uns dos outros, podendo promover ou dificultar o desenvolvimento do sistema familiar e de seus membros (ANTONI; KOLLER, 2000).

Neste contexto, e considerando que, a vivência da adolescência não é um processo uniforme para todos os indivíduos, mesmo compartilhando de uma mesma cultura, pode ocorrer um período de conflitos e turbulências para alguns. No entanto, há pessoas que passam por esta fase sem manifestarem maiores problemas e dificuldades de ajustamento. A falta de diálogo no ambiente familiar pode, portanto, acarretar ou, em certos casos, acentuar dificuldades, principalmente em termos de relacionamento, afetando o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes (PRATTA; SANTOS, 2007).

Para compreender o desenvolvimento do adolescente, é necessário observar os seus contextos cotidianos e as relações que mantêm com as pessoas mais próximas, inclusive o sistema familiar que tem como uma das funções criar condições que possibilitem ou facilitem a satisfação das necessidades fundamentais dos seus membros (RODRIGUES, 2011).

As visões de família revelam a estabilidade e o senso de equilíbrio em seus relacionamentos internos e externos, no decorrer da história do adolescente. Nesse sentido, compreender o modo de funcionamento dos pais, suas práticas

educacionais parentais e como as relações familiares podem ser estabelecidas consiste em condição importante para identificar associações entre as práticas educacionais parentais e o comportamento de automutilação.

3.3 ESCOLA: O ESPAÇO DA DIVERSIDADE E EXPERIÊNCIAS DE AUTOMUTILAÇÃO

A escola, por ser o espaço da diversidade, pode ser também responsável pelas experiências de automutilação. Este é um universo onde a socialização, a promoção da cidadania, a formação de atitudes, opiniões e o desenvolvimento pessoal podem ser incrementados ou prejudicados considerando sua característica inter-relacional. Consiste em um lugar privilegiado que favorece a reflexão sobre as questões que envolvem crianças e adolescentes, pais e filhos, educadores e educandos, bem como as relações que se dão na sociedade (MARRIEL et al., 2006).

Dessen e Polonia (2007) destacam na leitura de Marques (2001) que a função da escola no século XXI tem por objetivo precípua estimular o potencial do aluno, levando em consideração as diferenças socioculturais. Sob este prisma, aponta três objetivos que devem ser buscados pelas escolas modernas: estimular e fomentar o desenvolvimento em níveis físico, afetivo, moral, cognitivo, de personalidade; desenvolver a consciência cidadã e a capacidade de intervenção no âmbito social; e promover aprendizagem de forma contínua.

As práticas educativas escolares possuem um cunho eminentemente social e de aprendizado de inserção dos indivíduos como cidadãos e protagonistas da história e da sociedade.

A educação em seu sentido amplo torna-se um instrumento importantíssimo para enfrentar os desafios do mundo globalizado e tecnológico (SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007). Desse modo, a escola pode proporcionar crescimento e desenvolvimento saudável, sendo que, a maneira que o adolescente signfica as experiências neste contexto vai influenciar o modo em que se diferencia e enfrenta os acontecimentos no contexto escolar e nos mais diversos contextos, podendo vivenciá-las e significá-las como negativas, provocando um desenvolvimento disfuncional.

Adolescentes vítimas do *bullying*, por exemplo, geralmente são pessoas com dificuldades para reagir diante das situações agressivas, retraindo-se, o que pode contribuir também para a evasão escolar, já que, muitas vezes, não conseguem suportar a pressão a que são submetidas (MARRIEL et al., 2006).

É reconhecido e noticiado pela mídia que a escola, de modo concomitante e paradoxal, lugar de formação ética e da razão, tem-se configurado como um espaço de violências, incluindo, brigas, invasões, depredações e até mortes. A vulnerabilidade social refletida nessa vivência escolar reduz a força socializadora da escola, como ambiente relacional (LEÃO; AGAPITO, 2015). Assim, o ambiente escolar pode expressar os desencontros entre escola e sociedade, e ser palco das mais variadas expressões de violência, sendo particularmente convocada pela sociedade a colocar em prática dispositivos de acolhimento e de escuta de adolescentes e de intervenção visando à contenção e à ressignificação de atos violentos por meio de objetos culturais (BRASIL et al., 2015).

A escola é também o local onde se promovem relações interpessoais importantes para facilitar o seu desenvolvimento pessoal e social. A transmissão de normas e padrões comportamentais, representa um papel essencial no processo de socialização entre pares promovendo um espaço privilegiado de encontros e interações (CAMACHO et al., 2010).

A escola assume este lugar que pode ser ambivalente, proporcionando experiências de risco e/ou proteção. Os laços afetivos, estruturados e consolidados tanto na escola como na família permitem que os indivíduos lidem com conflitos, aproximações e situações oriundas destes vínculos, aprendendo a resolver os problemas de maneira conjunta ou separada, funcionando deste modo, como fator de proteção para comportamentos de risco.

Outro fator de proteção na escola consiste na relação com os professores e pares, uma vez que estes envolvem-se cotidianamente em atividades programadas e realizam intervenções importantes que afetam o processo de ensino e aprendizagem, bem como, as relações e interações psicoemocionais.

O papel do professor é fundamental na promoção de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis pelos adolescentes, sendo que as expectativas deste também podem influenciar o sucesso acadêmico e seu desenvolvimento enquanto sujeito. As redes de apoio são constituídas pela diversidade de interações entre as pessoas, que permitem a construção de

repertórios para lidar com as adversidades e problemas, auxiliando na superação com sucesso (FERREIRA; MARTURANO, 2002; DESSEN; POLONIA, 2007; CAMACHO et al., 2010).

O contexto escolar, possibilita então, uma oportunidade de exercitar um novo papel que propiciará mecanismos importantes para o seu desenvolvimento cognitivo, social, físico e afetivo, distintos do ambiente familiar para o adolescente. (DESSSEN; POLONIA, 2007).

3.4 RELAÇÕES FAMILIARES, PRÁTICAS EDUCACIONAIS E ESTILOS PARENTAIS NA CONSTRUÇÃO DO ADOLESCENTE

As práticas educativas parentais referem-se ao modo, utilizado pelos pais, de socializar, controlar ou desenvolver valores e atitudes em seus filhos, o conjunto dessas práticas denomina-se estilo parental (CARVALHO; GOMIDE, 2005). A soma de comportamentos dos pais que definem a prática de criação dos adolescentes é denominada de práticas parentais. Estas práticas subdividem-se em categorias de monitoramento e supervisão; controle, consistência, coerência e rigor de disciplina; apoio e comunicação.

O estilo parental pode ser definido como uma constelação de atitudes que criam um clima emotivo através do qual se exprimem os comportamentos dos pais. Os estudos sobre os estilos parentais realizados pela psicologia iniciaram ainda no século XX, com Diana Baumrind que é uma figura essencial neste campo de estudo. Em 1967, ela sugeriu uma tipologia que descrevia os pais em função de três estilos definidos com base na maneira como os pais exerciam o controle sobre seus filhos, a saber: exercício democrático, autoritário ou permissivo do controle (VALENTINI; ALCHIERI, 2009; CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Estilo parental é definido como o conjunto das práticas educativas parentais ou atitudes parentais utilizadas pelos cuidadores com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos. Significa dizer que o estilo parental é o resultado da confluência de forças das práticas educativas parentais. Se o estilo parental for positivo, as práticas educativas positivas são prevalentes às negativas e, por outro lado, se o estilo parental for negativo, as práticas negativas se sobrepõem às positivas (GOMIDE, 2011).

Os estilos parentais, de acordo com Darling e Steinberg (1993) referem-se às características globais de interações entre pais e filhos. Englobam, portanto, as práticas parentais e outros aspectos da interação pais-filhos, tais como tom de voz, linguagem corporal e atenção.

A distinção entre estilos e práticas parentais é valorizada por Darling e Steinberg (1993) visto que possibilita um entendimento mais profundo dos processos pelos quais os pais influenciam o desenvolvimento de seus filhos. As práticas parentais, dessa forma, referem-se aos comportamentos parentais voltados especificamente aos objetivos de socialização da criança e do adolescente; os estilos parentais, por sua vez, referem-se às características globais de interações entre pais e filhos, que geram um clima emocional e que influenciam o desenvolvimento por intermédio de diferentes processos.

Os pais são o primeiro nível de socialização e quando funcionam como bons modelos, definem regras e limites e ao mesmo tempo permitem a autonomia e a auto expressão do jovem (conexão, regulação e autonomia), demonstrando uma capacidade de flexibilidade. Segundo Cloutier e Drapeau (2012) cada um com seu estilo, representa um elemento-chave da experiência adolescente durante o processo de aquisição da autonomia, experiência essa, capaz de deixar marcas muito mais profundas do que a adolescência inteira.

A família tem um papel essencial para a promoção da saúde ao longo da adolescência, assim como a percepção que os jovens têm da sua qualidade de vida e bem-estar subjetivo. Deste modo, a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados na doença, mas também sofre influências determinantes dos contextos (TOMÉ et al., 2015).

Maccoby e Martin ampliaram o esquema elaborado por Baumrind dezesseis anos mais tarde, sugerindo uma tipologia baseada em duas dimensões consideradas como independentes: sensibilidade/responsividade e controle/exigência. O cruzamento dessas duas dimensões engloba os estilos autoritário e democrático propostos por Baumrind e divide o estilo permissivo em dois subgrupos, a saber: estilo descomprometido/negligente e estilo permissivo, também qualificado como indulgente (VALENTINI; ALCHIERI, 2009; CLOUTIER; DRAPEAU, 2012; RINHEL-SILVA; CONSTANTINO; RONDINI, 2012).

A sensibilidade/responsividade dos pais com relação as necessidades dos filhos, refere-se à qualidade dos laços pais-filhos e consiste na primeira dimensão.

Abrange comportamentos de apoio e aquiescência, que favorecem a individualidade e a autoafirmação da criança e do adolescente. Conceitos, tais como: ternura, afeição, aceitação, apoio emocional e proximidade também estão vinculados a essa dimensão fundamental do papel dos pais (COSTA; TEIXEIRA; GOMES, 2000; VALENTINI; ALCHIERI, 2009; CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

A segunda dimensão, corresponde ao grau de afirmação do controle e exigência dos pais, também é um elemento capital do estilo parental. Ela consiste no papel, mais ou menos ativo, que os pais exercem em termos de prescrição de regras e respeito das convenções sociais, controle e demandas de maturidade. Essa dimensão é mais controversa que a primeira, pois não há consenso a propósito do nível ideal de controle dos pais (COSTA; TEIXEIRA; GOMES, 2000; VALENTINI; ALCHIERI, 2009; CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

A soma de um controle ativo e uma fraca sensibilidade dá um estilo parental autocrático. Neste estilo a obediência é um valor importante, de modo que os pais exigem muito dos jovens, mas não prestam bastante atenção às suas necessidades. Os pais autocráticos privilegiam punições e medidas disciplinares, sendo restritivos e intrusivos em sua maneira de exercer o controle (CLOUTIER E DRAPEAU, 2012)

A mistura de uma fraca sensibilidade e um fraco controle dá origem a um estilo parental descomprometido, também chamado de “estilo negligente”. É, provavelmente, o cenário menos favorável para um bom desenvolvimento do jovem. Frequentemente submersos por seus próprios problemas, pais como esses não prestam atenção às necessidades do adolescente. Eles são pouquíssimos presentes junto aos filhos, que ficam largados a si mesmos, sem nenhuma forma de supervisão. Na verdade, por diversas razões os pais descomprometidos não conseguem desempenhar um papel de guia parental (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012). O estilo descomprometido é um tipo parental frequentemente encontrado no perfil da minoria de jovens com sérios problemas na adolescência.

O estilo permissivo, também designado de “estilo indulgente”, aplica-se aos pais que dão extrema atenção às necessidades dos filhos, sem afirmarem muito sua autoridade parental e não infligem punições e exigem pouco dos jovens, apesar de incentivar a individualidade dos filhos, mas não impõem restrições psicológicas ou comportamentais (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012). Rinhel-Silva, Constantino e Rondini (2012) destacam nesse estilo parental a preocupação de traumatizar os filhos na colocação de regras, normas e limites.

De forma distinta, o estilo democrático ou autoritativo combina uma supervisão ativa e uma alta sensibilidade para com o adolescente, com mensagens claras quanto ao que é permitido ou proibido, possibilitando uma adaptação mais positiva do jovem (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Steinberg (2001) salienta que adolescentes criados em lares de estilo parental autoritativo apresentam menor depressão e ansiedade, maiores notas na escola, maior autoconfiança e autoestima e ainda são menos propensos a comportamentos antissociais, delinquência e drogas. O estilo parental autoritativo nas pesquisas mostra ser o mais adequado para uma educação saudável dos filhos.

Um modelo mais recente criado por Gomide (2011) – pesquisadora brasileira – que a partir do vasto levantamento bibliográfico e de pesquisas de campo, propôs um novo modelo teórico para o estudo do comportamento parental (SALVO, 2010), possibilitou a construção do Inventário de Estilos Parentais, que será usado como instrumento no estudo proposto. Este modelo teórico consiste em sete variáveis (práticas educativas), cinco delas vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial: negligência, abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa, e duas que promovem comportamentos pró-sociais: monitoria positiva e comportamento social.

As chamadas práticas educativas positivas são a monitoria positiva e o comportamento moral. A monitoria positiva envolve o uso adequado da atenção e a distribuição de privilégios, o adequado estabelecimento de regras, a distribuição contínua e segura do afeto, o acompanhamento e a supervisão das atividades escolares e de lazer. A afetividade faz parte da construção familiar, havendo demonstração de carinho aos filhos, principalmente se passam por algum problema ou necessidade em que o apoio e o carinho dos pais são essenciais (GOMIDE, 2011).

O Comportamento Moral diz respeito a promoção de um ambiente familiar favorável para o desenvolvimento e transmissão de valores e virtudes, sendo estas como: senso de justiça, responsabilidade e trabalho, generosidade, honestidade e conhecimento do certo e do errado. Os pais são exemplos a serem seguidos. A Negligência é caracterizada como sendo uma prática parental educativa negativa, pelo fato de fazer parte do “repertório” de pais que não estão atentos as necessidades dos filhos, tornando-se ausentes das responsabilidades parentais e afetivas, não procuram auxiliar os filhos nas tarefas do dia a dia, e tão pouco se

importam com a estabilidade emocional de suas crianças. Além da ausência de atenção e de afeto, podem ocorrer também, o abuso físico e psicológico, caracterizados pela disciplina através de práticas corporais negativas, ameaça e chantagem de abandono e de humilhação do filho (GOMIDE, 2011)

Monitoria Negativa (ou supervisão estressante) diz respeito a pais altamente controladores, que fazem uso de determinadas regras instruídas diversas e repetidas vezes, causando um excesso de fiscalização e aborrecimento sobre a vida dos filhos e gerando um ambiente de convivência hostil. A Disciplina Relaxada compreende o relaxamento das regras estabelecida e, muitas vezes, o não cumprimento das regras impostas e estabelecidas pelos pais. Pais que fazem uso dessa prática considerada negativa, ameaçam alguma cobrança ou algum castigo, mas quando se veem confrontados e rebatidos pelos filhos, rapidamente voltam a trás e não realizam sua ação devido ao comportamento agressivo e rebelde dos filhos, ou seja, ele promete o castigo, mas não o efetiva, não o concretiza (GOMIDE, 2011).

Na Punição Inconsistente, explica que não está relacionada ao comportamento indevido, mas sim ao excesso de instruções independente de seu cumprimento, nestes casos, os pais agem de acordo com o humor que apresentam cotidianamente, ou seja, os pais cobram, punem, exigem de acordo com o seu humor expresso no dia específico (CARVALHO; GOMIDE, 2005; GOMIDE, 2011).

E por último, o Abuso Físico/Punição Corporal e também psicológica, que é visto pelas autoras como a pior prática parental exercidas pelos pais. O abuso físico está relacionado às práticas punitivas negativas impostas de maneira severa, ou seja, punições corporais, machucados, causando dores e marcas pelo corpo das crianças, podendo promover o desenvolvimento da agressão, da delinquência e comportamento antissocial em crianças (SAMPAIO; GOMIDE, 2007; GOMIDE, 2011).

Visto que, é no contexto familiar que recebem orientações a respeito do que é importante para preservar e defender a vida, como habilidades sociais e estímulos para crescer, permitirá a constituição do referencial de limites e a posterior formação de sua personalidade e conduta em sociedade.

A capacidade do adolescente experimentar os conflitos e vivenciar situações prazerosas no seio familiar significando de forma funcional e buscando estratégias

de enfrentamento diante da dor, com auxílio e suporte familiar e social que irá definir a adoção ou não de comportamentos de risco.

Embora durante a adolescência haja uma tendência de passar mais tempo com os pares do que com a família, as relações dos adolescentes com os pais continuam a ter uma função de proteção importante e a providenciar segurança aos jovens. O controle parental – embora seja muitas vezes questionado e rejeitado pelos adolescentes – é uma das variáveis referenciadas como fator com forte proteção para o consumo de substâncias, por exemplo, durante a adolescência, uma vez que influencia o comportamento dos jovens minimizando o envolvimento em comportamentos de risco, assim como o envolvimento com grupo de pares desviante (DOBRIANSKYJ WEBER; STASIAK; BRANDENBURG, 2003).

No processo de enfrentamento das experiências e do cotidiano, o adolescente vivencia o conflito entre o prazer e a renúncia em um jogo entre as demandas vindas do mundo externo (sociedade, família, escola, pares) e de seus conflitos internos, conflitualidade que marca a dinâmica psíquica e relacional. Em algumas situações, a busca pela satisfação imediata, que permita a liberação da angústia, poderá ser uma saída para os conflitos que os adolescentes vivenciam, momento que pode fazer surgir os comportamentos heteroagressivos ou auto agressivos (BRASIL et al., 2015).

Assim, verifica-se que a família, a escola e os pares têm um papel essencial na vida dos adolescentes. Nesse sentido, a interação familiar tem especial importância no processo de formação de qualquer indivíduo e o estudo das relações entre pais e filhos tem sido cada vez mais valorizado na comunidade científica, principalmente, diante da contemporaneidade e a dificuldade de pais, muitas vezes ausentes, darem conta de estabelecer práticas e estilos parentais funcionais no processo de desenvolvimento do adolescente.

4 METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória e descritiva, de coleta de dados transversal através de medidas quantitativas de autorrelato por meio de inquérito populacional com adolescentes.

Nesse sentido, considera-se que o inquérito é um instrumento favorecido, pois abrange uma área geográfica mais ampla, obtém respostas mais rápidas e precisas, recolhe uma quantidade grande de informação acerca de diversos comportamentos de uma mesma população, em pouco tempo por pessoa (LAKATOS; MARCONI, 2003; VIEIRA; HOSSNE, 2015), possibilitando a medição de comportamentos difíceis de verificar de forma direta.

Segundo Klein e Bloch (2009) o desenho transversal é um excelente método para descrever características de uma população em uma determinada época do processo exposição/não exposição, sendo fontes imprescindíveis para planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação tanto a nível coletivo como individual.

4.1 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em escolas municipais de Feira de Santana, atualmente, cidade que ocupa a posição de 2º lugar entre as mais populosas da Bahia e a 34º lugar no Brasil, segundo dados do Censo 2010, promovido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Os participantes foram alunos de 12 a 17 anos regularmente matriculados em escolas municipais. A escolha da faixa etária acompanha estudos que apontam que o ato de automutilação, geralmente tem início durante a fase da adolescência, entre os 13 e 14 anos e com a possibilidade de persistir por 10 a 15 anos (FREITAS; SOUZA, 2017).

4.2 AMOSTRA

A amostra desse estudo foi do tipo não probabilístico, por conveniência constituída por 174 adolescentes escolares. Abaixo as escolas selecionadas para coleta de dados:

Tabela 1A – Tamanho da amostra de alunos da rede pública municipal de Feira de Santana (BA), 2018.

PORTE DA ESCOLA	NOME DA ESCOLA	N TOTAL DE ALUNOS	N DE ALUNOS 6º - 9º ANO	AMOSTRA DE ALUNOS
Pequeno Porte	ESCOLA MUNICIPAL OTAVIANO FERREIRA CAMPOS	318	123	21
Médio Porte	ESCOLA MUNICIPAL FAUSTINO DIAS LIMA	694	434	16
Médio Porte	ESCOLA MUNICIPAL JOÃO MARINHO FALCÃO	529	161	22
Grande Porte	CENTRO DE EDUCAÇÃO BÁSICA DA UEFS	642	384	17
Grande Porte	CENTRO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO MUNICIPAL PROF. JOSELITO FALCÃO AMORIM	1106	614	80
Grande Porte	CENTRO EDUCACIONAL MONTEIRO LOBATO	660	251	03
Grande Porte	ESCOLA MUNICIPAL PROFESSORA LÍDICE ANTUNES BARROS	692	353	17
Amostra final		4641	2320	176*

Fonte: Próprio autor

*Houveram duas perdas

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início em abril de 2019 com duração de seis meses, após autorização da Secretaria Municipal de Educação de Feira de Santana.

Foi realizado anteriormente contato telefônico com as escolas e seus respectivos responsáveis, com intuito de obter informações sobre horários de funcionamento e possível agendamento de reunião, para a apresentação do projeto com explanação dos objetivos e metodologia do estudo.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário utilizado foi estruturado e auto aplicado constituído pelos seguintes instrumentos e variáveis:

Aspectos sociodemográficos: idade, sexo, escolaridade, ocupação e escolaridade dos pais.

Aspectos Motivacionais: satisfação/insatisfação na escola, satisfação/insatisfação na família e satisfação/insatisfação com colegas/amigos e satisfação/insatisfação com autoimagem.

Estilos Parentais: Inventário de Estilos Parentais (IEP) - *Parenting Style Inventory* (PSI) - Gomide (2011).

Gomide (2011) selecionou em seu modelo teórico sete práticas educativas que compõem o Estilo Parental, definindo-os como o conjunto de práticas educativas utilizadas pelos pais na interação com os filhos; cinco delas estão relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais (abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência) e duas favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais (monitoria positiva e comportamento moral).

O Inventário é composto de 42 questões, sendo que cada uma consta de uma frase à qual a criança/adolescente deve responder, indicando a frequência com que a figura materna/paterna age (ia) conforme a situação descrita na frase. Assim, responde-se: nunca se em 10 ocasiões, ele (a) agiu daquela forma de 0 a 2 vezes; às vezes: se em 10 ocasiões, ele (a) agiu daquela forma de 3 a 7 vezes; sempre se em 10 ocasiões, ele (a) agiu daquela forma de 8 a 10 vezes (SAMPAIO; GOMIDE, 2007).

As questões estão distribuídas de maneira que abranjam as sete práticas educativas: (A) monitoria positiva, (B) comportamento moral, (C) negligência, (D) punição inconsistente, (E) disciplina relaxada, (F) monitoria negativa e (G) abuso físico, sendo que a cada variável correspondem seis perguntas. A tabulação dos dados obtidos por meio do Inventário é feita utilizando-se a folha de resposta que contém as sete práticas educativas deste instrumento. Cada resposta nunca recebe pontuação 0 (zero); às vezes, pontuação 1 (um); e sempre, pontuação 2 (dois). O cálculo do índice de estilo parental é feito pela subtração da soma das disciplinas negativas (C+D+E+F+G) e da soma das positivas (A+B), ou seja, $IEP = (A+B) - (C+D+E+F+G)$ (SAMPAIO E GOMIDE, 2007).

Automutilação: Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) - (Castilho P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012).

Este questionário foi construído propositadamente para a coleta de dados desta população, abordando variáveis relativas ao impulso, auto dano e ideação suicida passíveis de inferir nos resultados obtidos, nomeadamente o grau de impulsividade, a presença de comportamentos de auto dano e as suas funções, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. É um questionário de auto resposta constituído por 64 itens, distribuídos por três fatores: Impulso (16 itens), Auto dano (14 itens) e Ideação-suicida (3 itens), de resposta em escala de *Likert* de 4 pontos, que vai desde nunca acontece comigo (0); acontece-me sempre (3). Apenas o módulo C – Funções é de resposta nominal. Devem ser invertidos os itens do fator Impulso formulados na positiva, nomeadamente os itens 6, 9, 13 e 15. Quanto mais alta a pontuação num dado fator, mais alta será a atitude em relação a esse componente atitudinal. A análise fatorial da QIAIS-A resulta em três fatores (Impulso, Auto-Dano e Ideação suicida), sendo que o referente ao Impulso contém duas dimensões (Impulso/Hipercinésia e Autocontrolo do impulso) e o referente ao Auto-Dano contém três dimensões: Auto-Dano propriamente dito, Auto-Dano com recurso a objetos e Auto-Dano associado a comportamentos de risco (NUNES, 2012).

A escala apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach de .77 para o fator impulso, .88 para o fator auto dano, .94 para as funções do auto dano e .82 para a ideação suicida. Apresenta, ainda, um coeficiente de alfa de Cronbach de .85 para o seu total (33 itens), sem o fator nominal referente às funções e um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total (64 itens) (NUNES, 2012).

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram adolescentes de ambos sexos, com idade entre 12 e 17 anos, fazendo parte do ensino público municipal no ano 2019, pertencentes à Secretaria Municipal de Educação de Feira de Santana, apresentarem Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável e termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinado pelos adolescentes.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos adolescentes com problemas mentais e ou deficiências físicas que impedissem a aplicação do formulário, adolescentes que não estavam presentes no momento da coleta, que desistiram ou apresentaram problemas familiares que os impedissem de participar da pesquisa, após o início da coleta.

4.7 ANÁLISE E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram analisados com o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – Version 24 (IBM SPSS versão 24.0). As características quantitativas foram expressas pelas medidas de tendência central com suas respectivas medidas de dispersão (desvio padrão) e pela prevalência com intervalo ao 95% de confiança.

As associações entre características qualitativas nominais mediante o teste Qui-quadrado e correlações de Spearman para variáveis categóricas ordinais. Para comparar os escores dos estilos parentais com os valores de referência foi utilizado teste t para uma amostra ao nível de significância do 5%. Enquanto a regressão linear múltipla foi utilizada para estudar a associação entre o número de automutilações em jovens controlado pelas práticas positivas e negativas de seus pais e mães.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto que abriga esse recorte da dissertação é intitulado “ Estilos parentais e características de personalidade associados à automutilação, ideação e tentativa de suicídio em adolescentes de escolas públicas de Feira de Santana”, foi submetido Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), acompanhando as diretrizes da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e suas complementares, sendo avaliado e autorizada a pesquisa pelo Protocolo de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 03703018.0.0000.0053.

Coube ressaltar que, embora a aplicação do questionário possa trazer algum desconforto, constrangimento, ansiedade devido ao retorno de questões de sofrimento ao responder perguntas relacionadas ao tema violência autoprovocada, será garantido aos alunos que respondam individualmente o questionário, sem respostas em voz alta, e caso algum deles não se sinta confortável em responder

não será obrigado, podendo deixar o material em branco. Além disso, foram disponibilizados escuta e acolhimento àqueles que queiram conversar sobre o assunto abordado. Nesse sentido, este tipo de procedimento buscou apresentar um risco mínimo para os estudantes, garantindo seu anonimato e sua autonomia em desistir de participar da pesquisa ou não participar, sem que fosse identificado. Serão assim, previstos procedimentos que assegurem a confidencialidade, o anonimato e o consentimento informado.

Os benefícios esperados com o estudo foram relacionados à possibilidade de gerar conhecimento, favorecer a compreensão associada às motivações da violência autoprovocada e correlações com outras variáveis (características sociodemográficas, estilos parentais e características individuais), possibilitando a construção de promoção da saúde, tratamento e redução de danos, deste modo, o risco se justifica pela importância do benefício esperado.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1: AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES ESCOLARES: PREVALÊNCIA E PADRÕES PSICOLÓGICOS

SELF-MUTILATION IN SCHOOL ADOLESCENTS: PREVALENCE AND PSYCHOLOGICAL PATTERNS

AUTOMUTILACIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES: PREVALENCIA Y PAUTAS PSICOLÓGICAS

Resumo

Esta investigação analisou a prevalência da prática de automutilação e os padrões psicológicos de adolescentes escolares, de um município do interior da Bahia, por meio de Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) e informações sociais, psicológicas e relacionais de adolescentes. A amostra foi de 174 adolescentes escolares, de ambos os sexos e com idades entre 12 e 17 anos ($M = 14,32$; $DP = 1,18$). Os resultados demonstraram uma elevada prevalência de comportamentos de automutilação 45,4%, predominantemente do sexo feminino. Observou-se, também, a ocorrência de comportamentos impulsivos e ideação suicida. Os resultados reforçam a necessidade de políticas de prevenção e intervenção com os adolescentes escolares bem como a importância de novas investigações sobre automutilação e associações com estilos de personalidade, relacionamentos e padrões familiares, comportamentos impulsivos, tentativas de suicídio e suicídios consumados.

Palavras-chave: automutilação; comportamento autodestrutivo; comportamento do adolescente.

Self-Mutilation In School Adolescents: Prevalence And Psychological Patterns

Abstract

This investigation analyzed the prevalence of self-mutilation and the psychological patterns of adolescent schoolchildren, in a municipality in the interior of Bahia, through the Impulse Questionnaire, Self-Damage and Suicidal Ideation in Adolescence (QIAIS-A) and social, psychological and relational information of teenagers. The sample was 174 school adolescents, of both sexes and aged between 12 and 17 years old ($M = 14.32$; $SD = 1.18$). The results showed a high prevalence of self-mutilation behaviors 45.4%, predominantly female. Impulsive behaviors and suicidal ideation were also observed. The results reinforce the need for prevention and intervention policies with school adolescents, as well as the importance of further investigations on self-mutilation and associations with personality styles, relationships and family patterns, impulsive behavior, suicide attempts and consummated suicides.

Keywords: self-mutilation; self-destructive behavior; adolescent behavior.

Automutilación en Adolescentes Escolares: Prevalencia y Pautas Psicológicas

Resumen

Esta investigación analizó la prevalencia de la práctica de automutilación y los patrones psicológicos de los escolares adolescentes, de un municipio en el interior de Bahía, a través del cuestionario de impulso, autolesiones e ideación suicida en la adolescencia (QIAIS-A) e información social, psicológica y relacional, de adolescentes. La muestra consistió en 174 adolescentes escolares, de ambos sexos y con edades comprendidas entre 12 y 17 años ($M = 14.32$; $SD = 1.18$). Los resultados mostraron una alta prevalencia de comportamientos de automutilación del 45,4%, predominantemente mujeres. También se observaron conductas impulsivas e ideas suicidas. Los resultados refuerzan la necesidad de políticas de prevención e intervención con adolescentes escolares, así como la importancia de nuevas investigaciones sobre automutilación y asociaciones con estilos de personalidad, relaciones y patrones familiares, comportamiento impulsivo, intentos de suicidio y suicidios consumados.

Palabras clave: automutilación; comportamiento autodestructivo; comportamiento adolescente.

Introdução

Os comportamentos autolesivos na adolescência apontam para uma possível adolescência patológica. Trata-se de um relevante problema de saúde, que tem aumentado consideravelmente nesse público e nas escolas (Almeida, Crispim, Silva, & Peixoto, 2018). Essas violências, em sua gênese, incluem um conjunto de vulnerabilidades – biológica, psiquiátrica, psicológica, familiar e social – e fatores culturais, que podem colocar o adolescente em exposição à violência autoprovocada (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) explica que a violência autoprovocada envolve a automutilação e a define como ato direto e deliberado de destruição ou alteração de partes do corpo sem intenção suicida consciente (Krug et al., 2002). No Brasil, entre 2011 e 2016, dados do Ministério da Saúde (MS) indicam que foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas. Nesse período, observou-se um aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente (Brasil, 2017).

A ideação suicida, como precursora dos comportamentos de automutilação, das tentativas de suicídio e do suicídio consumado, permite a detecção de jovem em risco (Silva, 2017). Nesse sentido, identificar adolescentes com ideação suicida e que praticam a automutilação pode predizer outras possibilidades de riscos e mortes por suicídio. A investigação, a identificação e a prevenção desses comportamentos

autolesivos são consideradas prioritárias nas políticas de saúde da União Europeia e de Portugal (Guerreiro, 2014). Entretanto, no Brasil, os estudos epidemiológicos de prevalência ainda são restritos, mostrando-se um campo de pesquisa e intervenção a ser trabalhado.

O Boletim Epidemiológico, publicado no Brasil em 2017, apresenta lacunas no que se refere a informações específicas acerca da automutilação. Bernardes (2015) aponta o escasso aprofundamento das Políticas Públicas bem como a ausência de cartilha de orientação para os profissionais da saúde (ou da educação), a fim de trabalhar com os adolescentes que praticam o comportamento de automutilação.

Automutilação: Características Relevantes

Atualmente, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V), o comportamento suicida, as automutilações e outras violências autoprovocadas passaram a ser categorizados como um Transtorno Mental à parte, sendo inseridos na categoria de Condições para Estudos Posteriores (American Psychiatric Association, 2014).

A automutilação caracteriza-se pela busca de alívio imediato de uma situação causada por uma profunda dor emocional, a qual o indivíduo não consegue expressar de outra maneira, encontrando na automutilação o modo de lidar com sua dor, sentimentos ou situações desestruturantes (Silva & Siqueira, 2017). É o ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem intenção consciente de suicídio. Esse comportamento é repetitivo, chegando, em alguns casos, a mais de 100 vezes em um período de 12 meses. O indivíduo, geralmente, usa técnicas de baixa letalidade, o que dá condições de repetição. Essa prática é predominante entre adolescentes e adultos jovens (Brown & Plener, 2017; Cedaro & Nascimento, 2013; Giusti, Garreto, & Scivoletto, 2008).

Nesses casos, são comuns relatos sobre a sensação “de estar no controle da situação”, uma vez que, ao se cortar, a pessoa escolhe o local, a profundidade e o tamanho do corte que realiza em si mesma. Tal aspecto difere do comportamento suicida, pois, muitas vezes, não se consegue localizar onde dói e como é o sofrimento de quem se mata (Fukumitsu, 2017).

A automutilação parece ter duas funções principais: (a) uma função de regulação emocional/cognitiva, na qual a autolesão leva a uma redução imediata em

um estado interno aversivo (reforço negativo intrapessoal) ou a um aumento no estado desejado (reforço positivo intrapessoal); e (b) uma função de regulação social, em que a automutilação leva a um aumento desejado no apoio social (reforço positivo interpessoal) ou a uma remoção de alguma situação social indesejada (reforço negativo interpessoal) (Nock, 2010).

A automutilação e o estabelecimento da sensação de alívio possibilitam que o cérebro estabeleça ligação entre os fatores envolvidos no processo – dor física, sensação de alívio e distração da dor emocional –, tornando-se um comportamento impulsivo (American Psychiatric Association, 2014).

A impulsividade consiste numa característica marcada por reações rápidas e não planejadas, em que a avaliação das consequências não é realizada, o que corresponde a um desequilíbrio entre as funções de propulsão e inibição do comportamento. Os afetos desempenham um papel estratégico na organização do comportamento, evocando memórias específicas de contextos anteriores similares ao presente (Tavares & Alarcão, 2008).

A impulsividade se faz presente nos comportamentos autolesivos: diante da necessidade de alívio imediato de sensações desagradáveis, dos conflitos não verbalizados e dos sofrimentos provocados pelos conflitos com o meio. A pessoa se lança para o conhecido disfuncional de se mutilar, repetindo a automutilação diante de algo adverso ou até mesmo da lembrança da situação vivenciada (Bastos, 2019; Fukumitsu, 2017).

Pessoas com dificuldades no controle dos impulsos podem apresentar tentativas de suicídio de repetição, com frequência, relacionadas a situações de sofrimento psíquico. Nesse contexto, é importante considerar que o grau de letalidade dos métodos utilizados, comumente, evolui de uma tentativa de suicídio para outra.

A automutilação distingue-se da tentativa de suicídio por três características básicas: letalidade, repetição e intenção ou ideação. Em geral, a primeira apresenta baixa letalidade, com danos físicos variando de superficiais a moderados. Na automutilação, ao contrário das tentativas de suicídio, são recorrentes os relatos de atos repetitivos. Por fim, uma última diferença entre esses dois comportamentos é que não é a intenção nem a ideação suicida que levam ao ato de se ferir no

momento da automutilação, mas sim a necessidade de alívio para um grande desconforto emocional (Giusti et al., 2008).

Nesse aspecto, o funcionamento mental gira em torno de três sentimentos: intolerável (não suportar), inescapável (sem saída) e interminável (sem fim). Existem uma distorção da percepção de realidade associada a um baixo autoconceito e uma avaliação negativa do mundo e do futuro. O passado e o presente reforçam o sofrimento e o futuro é sombrio. Sem perspectiva e com ausência de planos, vive-se a desesperança. Surgem, então, a ideação e a tentativa de suicídio, que podem culminar com o ato suicida (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Os comportamentos disfuncionais revelam desarmonia e geram intensa ansiedade, que repercutem na corporeidade. Se ao lidar com problemas e intempéries a pessoa apresentar má qualidade de contato e cristalização da disfuncionalidade, os comportamentos autodestrutivos emergirão (Fukumitsu, 2017).

Considerando o contexto abordado e a constituição do adolescente, têm-se as seguintes questões norteadoras: qual o perfil sociodemográfico dos adolescentes escolares que praticam a automutilação? Quais os comportamentos de automutilação em adolescentes escolares? Quais os fatores motivacionais em adolescentes escolares que adotam a automutilação como prática? Existe associação entre a ocorrência de automutilação, comportamentos impulsivos e ideação suicida em adolescentes escolares?

No presente artigo, pretende-se analisar o perfil, a prevalência e os padrões psicológicos (características individuais, ideação suicida e comportamentos impulsivos) para a adoção de comportamentos de automutilação em adolescentes escolares. Desse modo, partindo da investigação da ocorrência da automutilação em adolescentes escolares, procurou-se, em termos mais específicos: i) descrever a ocorrência da automutilação; ii) identificar quais as características individuais dos adolescentes que se automutilam; iii) investigar quais fatores motivacionais os adolescentes adotam como comportamentos de automutilação; e iv) associar os comportamentos impulsivos e a ideação suicida à ocorrência de automutilação.

Método

Este estudo é de natureza exploratória e descritiva, que utilizou a coleta de dados transversal, através de medidas quantitativas de autorrelato por meio de inquérito populacional.

Amostra

A amostra deste estudo foi do tipo não probabilístico, por conveniência, constituída por 174 adolescentes escolares. Dessa forma, foram previamente definidos critérios de inclusão, sendo elegíveis para participar do estudo adolescentes com idades entre 12 e 17 anos, de ambos os sexos e matriculadas na rede de ensino público de Feira de Santana/BA. Foram excluídos adolescentes com problemas mentais e/ou deficiências físicas, que impedissem a aplicação do formulário, e adolescentes que não estavam presentes no momento da coleta, que desistiram ou que apresentaram problemas familiares, os quais os impedissem de participar da pesquisa após o início da coleta.

Instrumentos

Nesta investigação, foi utilizado um questionário com características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação e escolaridade dos pais) e fatores motivacionais (satisfação/insatisfação na escola, na família, com colegas/amigos e com a autoimagem) dos adolescentes escolares.

Para investigar a ocorrência da automutilação na adolescência, utilizou-se o Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A). Esse Questionário foi elaborado para a coleta de dados de uma população adolescente, abordando características relativas ao grau de impulsividade, à presença de comportamentos de autodano e suas funções assim como à presença de ideação suicida em adolescentes (Nunes, 2012).

A escala apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .77 para o fator impulso, .88 para o fator autodano, .94 para as funções do autodano e .82 para a ideação suicida. Apresenta, ainda, um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .85 para o seu total (33 itens), sem o fator nominal referente às funções, e um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total (64 itens) (Nunes, 2012).

A coleta de dados teve início em abril de 2019, com duração de seis meses, após autorização da Secretaria Municipal de Educação de Feira de Santana. Foi realizado, anteriormente, contato telefônico com as escolas e seus respectivos responsáveis, com intuito de agendamento de reunião, para a apresentação do projeto com explanação dos objetivos e da metodologia do estudo.

Os dados foram analisados com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – Version 24* (IBM SPSS versão 24.0). As características quantitativas foram expressas pelas medidas de tendência central com suas respectivas medidas de dispersão (desvio padrão) e pela prevalência com intervalo de 95% de confiança. As associações entre características qualitativas nominais foram realizadas mediante o teste Qui-quadrado e correlações de *Spearman* para variáveis categóricas ordinais. Para comparar os escores dos estilos parentais com os valores de referência, foi utilizado o teste t para uma amostra no nível de significância de 5%.

Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), acompanhando as diretrizes da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012) e suas complementares, sendo avaliado e autorizada a pesquisa pelo Protocolo CAAE nº 03703018.0.0000.0053. Realizou-se a aplicação do instrumento de declaração Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por se tratar de adolescentes, a participação foi autorizada pelos pais ou responsáveis e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi assinado pelos próprios adolescentes.

Resultados

Características dos Participantes

A amostra total foi constituída por 174 adolescentes escolares, 59,8% do sexo feminino e 40,2% do sexo masculino, com idades entre 12 e 17 anos (média \pm desvio padrão da idade: 14,32 \pm 1,18 anos). Dentre os adolescentes, 15,5% são

alunos do 7º ano, 40,2% do 8º ano e 33,3% do 9º ano. A maioria é da raça/cor preta 42,8%, 34,7% são pardos, 9,8% brancos e 12,8% entre indígenas e amarelos.

Ocorrência e Comportamentos de Automutilação

A prevalência de comportamentos de automutilação foi de 45,4% [IC95%: 38,1% - 52,7%], sendo os mais frequentes entre os adolescentes: morder partes de seu corpo ou certos objetos de propósito (30,4%), machucar-se física e emocionalmente de propósito (29,9%), arranhar ou beliscar certas partes do corpo de propósito (28,1%) e cortar certas partes do seu corpo de propósito (21,9%) (Tabela 1).

Tabela 1- *Comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019*

Comportamentos de Automutilação	Não	Sim
Machuco-me (física e emocionalmente) voluntariamente, isto é, de propósito.	122 (70,1%)	52 (29,9%)
Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas.	142 (81,6%)	32 (18,4%)
Arranho ou belisco certas partes do meu corpo de propósito.	125 (71,9%)	49 (28,1%)
Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito.	121 (69,6%)	53 (30,4%)
Corto certas partes do meu corpo de propósito.	135 (78,0%)	38 (21,9%)
Queimo certas partes do meu corpo de propósito.	170 (97,7%)	4 (2,3%)
Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo de propósito.	150 (86,2%)	24 (13,8%)

Fonte: elaboração própria.

Considerando o grupo com ocorrência de comportamento de automutilação (79 casos), observa-se que 67,1% mordem as partes de seu corpo ou certos objetos de propósito, 67,1% machucam-se física e emocionalmente de propósito, 62,0% arranham ou beliscam certas partes do corpo de propósito e 48,1% cortam certas partes do seu corpo de propósito.

Foi identificado que a maioria dos adolescentes que apresentam ocorrência de automutilação tende a adotar mais de um instrumento ou modelo de prática de comportamentos autolesivos sem ideação suicida. Dos 79 adolescentes que se automutilam, 60,7% adotam três ou mais comportamentos, enquanto 24% adotam apenas um comportamento de automutilação (Tabela 2).

Tabela 2-Prática de comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019

Prática de Comportamentos de Automutilação	Frequência	%
Único Comportamento	19	24,1
Dois Comportamentos	12	15,2
Três ou mais Comportamentos	48	60,7
Total	79	100

Fonte: elaboração própria.

Características Individuais e Relacionais da Ocorrência de Automutilação

No grupo com ocorrência de comportamento de automutilação (79 casos), a maioria é adolescente do sexo feminino (70,9%), com idade média $14,1 \pm 1,1$ anos e cursa o 8º ano (41,8%). No que tange ao contexto escolar, 48,6% manifestam sentir irritação, ansiedade, exclusão ou solidão.

Em relação às características individuais dos adolescentes, foram encontradas associações significativas entre a ocorrência de automutilação e: fazer coisas que os adolescentes não gostam para agradar aos colegas ou amigos; sentir-se mais esquisito que os outros; sentir-se muito mal quando erra; percepção de ter muitos problemas; ser vítima de intrigas, fofocas, calúnias e rumores entre outros (Tabela 3).

Tabela 3 - *Associações entre características individuais e ocorrência de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019.*

Características Individuais*	Ocorrência de Automutilação					p-Valor
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
Fazer coisas que os adolescentes não gostam para agradar.	Não	90	95,7	4	4,3	0,0001
	Sim	59	74,7	20	25,3	
Sentimentos de alegria quando está com seus irmãos.	Não	45	47,9	49	52,1	0,0001
	Sim	61	77,2	18	22,8	
Sentir-se mais esquisito que os outros.	Não	88	93,6	6	6,4	0,0001
	Sim	56	70,9	23	29,1	
Sentir que não pode ajudar os amigos.	Não	91	96,8	3	3,2	0,0001
	Sim	63	79,7	16	20,3	
Sentir-se muito mal quando erra.	Não	68	72,3	26	27,7	0,034
	Sim	45	57,0	34	43,0	
Percepção de ter muitos problemas.	Não	88	93,6	6	6,4	0,0001
	Sim	52	65,8	27	34,2	
Vítima de intrigas, fofocas, calúnias e rumores.	Não	89	94,7	5	5,3	0,0001
	Sim	58	73,4	21	26,6	

Fonte: elaboração própria.

*Respostas múltiplas.

Os fatores motivacionais dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida mais prevalentes na amostra foram: machucar-se para aliviar a raiva (56,7%), machucar-se para acalmar (49,5%), machucar-se para deixar de sentir-se infeliz e deprimido (44,0%) e machucar-se para aliviar as emoções negativas que sente (44,0%) (Tabela 4).

Tabela 4 - *Fatores motivacionais dos comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019*

FATORES MOTIVACIONAIS*	N	SIM (%)	IC95%
Machucar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).	90	56,7%	[45,8-67,6]
Machucar-me ajuda-me a acalmar.	91	49,5%	[38,8-60,2]
Quando me machuco, procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.	91	44,0%	[33,4-54,6]
Machuco-me para aliviar as emoções negativas que sinto.	91	44,0%	[33,5-54,5]
Machuco-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	91	39,6%	[29,1-50,1]

Fonte: elaboração própria.

*Respostas múltiplas.

Ocorrência do Comportamento Impulsivo e Associação com Automutilação

Para a avaliação do comportamento impulsivo, foram consideradas as seguintes dimensões: comportamentos impulsivos (fazer coisas sem pensar nas consequências, perder a paciência muitas vezes, dizer a primeira coisa que me vem à cabeça, dificuldade em controlar as emoções, roubar ou mexer em coisas que não pode para me sentir melhor e dificuldade em parar com um comportamento mesmo que possa me prejudicar entre outros) e comportamentos não impulsivos (terminar as tarefas que começo, gostar de planejar o que faço com tempo, ser cuidadoso(a) e ter facilidade em me concentrar).

A ocorrência de comportamentos impulsivos frequentes (sempre ou muitas vezes) na amostra total de adolescentes escolares foi de 51,1% [IC95%: 43,5% - 58,7%].

Em relação à ocorrência de automutilação e à correlação com o comportamento impulsivo, verificou-se que 77,0% dos adolescentes escolares

apresentam comportamento impulsivo (muitas vezes ou sempre) com uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) conforme a Tabela 5.

Tabela 5 - Ocorrência de automutilação e associação com comportamentos impulsivos em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019

		Comportamento Impulsivo					p-Valor
		Algumas vezes ou nunca		Muitas vezes ou sempre		Total	
Automutilação	Não	N	%	N	%	N	p<0,0001
		Sim	57	64,8	31	35,2	
		17	23,0	57	77,0	74*	
Total		74	45,7	88	54,3	162	

Fonte: elaboração própria.

*Cinco adolescentes escolares não responderam.

Automutilação e Ideação Suicida

No que tange à associação entre comportamento de automutilação e ideação suicida, o risco relativo de ideação suicida naqueles adolescentes que perpetram automutilação foi de 1,98% [IC95%: 1,6-2,46].

Dos 120 adolescentes que possuem ideação suicida na amostra geral, 62,5% apresentam comportamento de automutilação. O teste Qui-quadrado verificou associações entre a ocorrência de automutilação e a ideação suicida, sendo estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (Tabela 6). Não foi avaliada a tentativa de suicídio na pesquisa.

Tabela 6 - Associações entre ocorrência de automutilação e ideação suicida nos adolescentes da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019

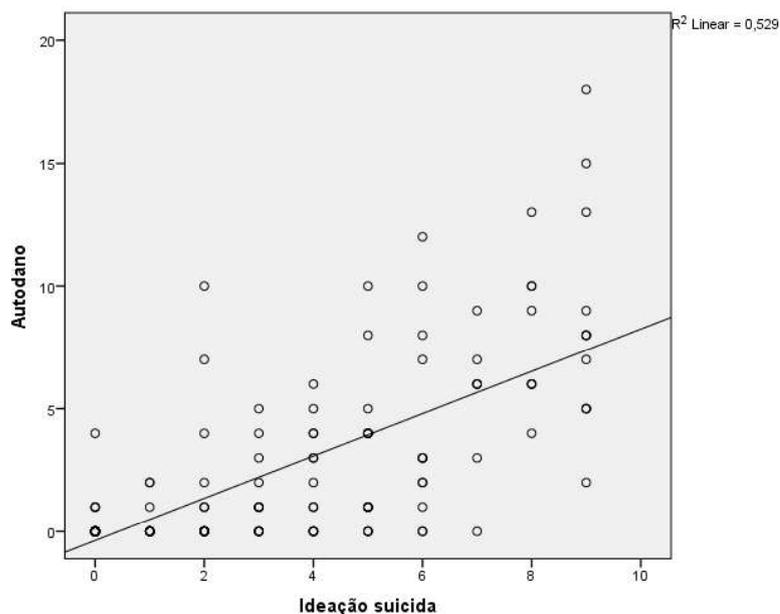
		Ideação suicida					p-Valor
		Não		Sim		Total	
		N	%	N	%		
Ocorrência de automutilação	Não	49	52,1	45	47,9	94	0,000
	Sim	4	5,1	75	94,9	79	
	Total	53	30,6	120	69,4	173*	

Fonte: elaboração própria.

*Um adolescente não respondeu.

As correlações de *Spearman* mostraram uma forte correlação positiva estatisticamente significativa entre a frequência de comportamentos de automutilação e a frequência com que ocorre a ideação suicida ($r = 0,748$; $p < 0,0001$), sendo que aqueles adolescentes com maiores frequências nos comportamentos de automutilação são aqueles que têm maior ideação suicida (Figura 1).

Figura 1 - Correlação da ocorrência de automutilação e ideação suicida nos adolescentes da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os resultados revelam uma elevada prevalência de comportamentos de automutilação (45,4%), indicando uma relação de 10:4 ou 2:1 ocorrência da automutilação. É, então, um valor preditivo elevado e importante, reforçando a percepção desse fenômeno como um problema de saúde pública.

Os adolescentes que se automutilam encontram-se na faixa etária entre 13 e 15 anos, confirmando o perfil de outros estudos, os quais mostram que o ato de se automutilar, correntemente, tem início durante a fase da adolescência (entre 13 e 14 anos e com a possibilidade de persistir por 10 a 15 anos), na maioria das vezes, realizado em privado, de forma solitária e secreta, variando significativamente em frequência e gravidade (Aratangy, 2017; Freitas & Souza, 2017; Garreto, 2015; Giusti, 2013; Klonsky, 2011; Nock, 2010; Nunes, 2012).

A adolescência é, pois, o período do ciclo vital quando o comportamento emerge e é mais frequente, intenso e grave, considerando a existência de distorções cognitivas, funções emocionais e atuações contextuais (Santos & Faro, 2018).

Em relação ao sexo, encontrou-se maior prevalência de automutilação no sexo feminino (70,9%), cabendo ressaltar que a amostra total já possuía uma prevalência do referido sexo. A maioria dos estudos demonstra não existir consenso em relação às prevalências entre os sexos (Garreto, 2015; Giusti, 2013; Nunes, 2012). Contudo, dados de amostras comunitárias apontam que 10% dos adolescentes apresentam comportamentos de automutilação, pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo consistentemente mais frequentes no sexo feminino (Hawton et al., 2012; Whitlock et al., 2011).

O motivo de as meninas serem mais propensas à prática de autolesão pode ser explicado pelo fato de que meninas e meninos lidam de formas diferentes com as experiências durante o ciclo de vida, sendo que as meninas tendem a ser mais inclinadas a identificar, reconhecer e ter consciência das experiências emocionais. Assim, aproximam-se mais da busca de formas de regulação emocional, podendo o comportamento autolesivo surgir como alternativa (Fonseca et al., 2018).

Fatores Motivacionais de Automutilação

A prevalência da automutilação pode estar relacionada a vários fatores determinantes: uso desse comportamento como instrumento de extinguir e/ou reprimir estados cognitivos e emocionais indesejados, para gerar um estado emocional desejável, por busca de atenção e de baixo autoestima, e por fugir de alguma responsabilidade (Bastos, 2019; Freitas & Souza, 2017; Glenn & Klonsky, 2013).

Em relação aos fatores motivacionais apresentados, identificaram-se: machucar-se para aliviar a raiva (56,7%), machucar-se para acalmar (49,5%), machucar-se para deixar de sentir-se infeliz e deprimido (44,0%), machucar-se para aliviar as emoções negativas que sente (44,0%) e machucar-se para mostrar que o sofrimento psicológico é real (39,6%). Esses achados ratificam os resultados de levantamento realizado por Klonsky (2011).

De acordo com Almeida et al. (2018), Cipriano, Cella e Cotrufo (2017), Giusti (2013) e Nunes (2012), os motivos para a prática de se automutilar se sobrepõem no mesmo indivíduo com o aumento de tensão, da raiva de si, da ansiedade, da depressão, da disforia e da sensação de perda de controle e com fatores precipitantes, que podem ter várias origens e sensações de rejeição ou abandono (real ou imaginário), culpa e vazio, sentimento de inutilidade e sensação de irreabilidade.

A automutilação, como uma forma disfuncional de enfrentar situações-problema, praticada por indivíduos que possuem poucas estratégias de enfrentamento, dificuldade para regular o afeto e limitada habilidade de resolução de problemas, pode se tornar um comportamento grave e incapacitante caso venha a persistir na vida adulta (Almeida et al., 2018; Cipriano et al., 2017).

Por outro lado, alguns indivíduos que praticam a automutilação cessam esse comportamento independentemente de qualquer intervenção, provavelmente devido ao desenvolvimento de mecanismos mais eficientes para lidar com situações adversas que acontecem, normalmente, com o desenvolvimento neurocognitivo (Garreto, 2015; Giusti, 2013; Nunes, 2012). Contudo, vale ressaltar que a negligência diante desse comportamento e a ausência de busca por ajuda e tratamento podem implicar a cronicidade do quadro autolesivo.

Nock (2010) apresenta alguns fatores de risco significativos para a automutilação por meio de um modelo teórico integrado, que envolve predisposição genética para alta reatividade emocional ou cognitiva, hostilidade ou criticismo

familiar. Estes interagem e resultam num alto risco de engajamento tanto para fatores de vulnerabilidade intrapessoais (emoções e cognições aversivas intensas e baixa tolerância ao distresse) como interpessoais (habilidades de comunicação pobres e baixa capacidade de resolução de problemas), aumentando o risco de engajamento em comportamentos autolesivos.

A automutilação pode ser considerada como uma forma utilizada para externalizar, refugiar e esquecer os sentimentos ou estados que lhe trazem sofrimento, visando a decompor uma dor de magnitude intolerável, sentida psicologicamente por uma dor visível fisicamente. Dessa forma, os motivos internos e externos podem ocasionar danos na vida desses adolescentes diante da não possibilidade de mensuração da gravidade (Bastos, 2019).

Ser vítima de *bullying* na adolescência e possuir baixa autoestima, impulsividade e ideação suicida são apresentados, no estudo de Giusti et al. (2008), como associados à automutilação, os quais foram encontrados nos achados dessa pesquisa. Outrossim, verificou-se que, nas relações escolares, 48,6% dos adolescentes escolares manifestaram sentir irritação, ansiedade, exclusão ou solidão. Vale salientar, no que tange ao relacionamento com pares (incluindo percepção de *bullying*), que há ocorrência de automutilação associada às vítimas de intrigas, fofocas, calúnias e rumores (26,6%).

Dessa maneira, adolescentes agredidos ou ofendidos durante um longo período por colegas na escola merecem uma atenção especial, havendo risco da prática de automutilação, já que, frequentemente, sentem baixa autoestima além de sintomas ansiosos e depressivos (Aratangy, 2017).

Características Individuais x Automutilação

Quanto às características individuais dos adolescentes, observaram-se associações significativas entre a ocorrência de automutilação e fazer coisas que os adolescentes não gostam para agradar aos colegas ou amigos (25,3%), podendo estar relacionadas à baixa autoestima, medo da rejeição e/ou abandono e necessidade de aprovação de terceiros.

Almeida et al. (2018) afirmam que as ações de automutilação têm como origem uma dor silenciosa, com crescente tensão e sensação de perda de controle, sensação de rejeição ou abandono, culpa, vazio e sensação de inutilidade.

A ocorrência de automutilação associada a sentir-se mais esquisito que os outros (29,1%), percepção de ter muitos problemas (34,2%), sentir que não pode ajudar os amigos (20,3%) e sentir-se muito mal quando erra (43%) tem resultados que podem estar relacionados às crenças de inadequação, pessimismo, inutilidade e inferioridade bem como à baixa autoestima.

Os achados confirmam que o pessimismo é um traço psicológico frequente naqueles que sofrem com a automutilação. Essa desesperança está ligada à depressão e ao maior risco de suicídio. Do mesmo modo, insegurança e baixa autoestima, também, são comuns. A pessoa não se sente boa em nada, não confia em si e se sente inferior. Muitas vezes, ela se acha feia, inútil e menos inteligente e pode chegar a ter distorções de sua imagem corporal (Aratangy, 2017; Giusti, 2013), podendo desencadear comportamentos de automutilação diante de situações consideradas intoleráveis (Bastos, 2019).

Neste estudo, observou-se que morder-se, machucar-se, arranhar-se, beliscar-se e cortar-se são os comportamentos autolesivos mais frequentes. Esses achados confirmam os estudos de Cedaro e Nascimento (2013), Giusti et al. (2008) e Lopes (2012), que asseveram que os atos lesivos contra o próprio corpo podem ocorrer com cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com o uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões e/ou outros sentimentos, ou pensamentos, que não estão em conformidade com o ego ou com a imagem que alguém tem de si mesmo.

Dos 79 adolescentes escolares que se automutilam, 60,7% adotam três ou mais comportamentos, 15,18% adotam dois comportamentos e 24% adotam apenas um comportamento de automutilação. Estudos confirmam que a maioria das pessoas envolvidas na prática de automutilação emprega mais de um método (Klonsky, 2011; Whitlock et al., 2011).

Comportamento Impulsivo x Automutilação

Verificou-se que 77,0% dos adolescentes escolares que se automutilam apresentam, também, comportamento impulsivo (muitas vezes ou sempre). Esses resultados corroboram que a impulsividade é uma característica que faz com que a pessoa faça as coisas sem refletir adequadamente, demonstrando instabilidade emocional e sensibilidade aos estímulos emocionais que recebe (Aratangy, 2017).

A sensação de alívio causada pela automutilação pode fazer com que o indivíduo recorra ao comportamento repetidamente, sempre que se encontrar na iminência de qualquer turbulência emocional, reduzindo sua capacidade de controle (American Psychiatric Association, 2014; Bastos, 2019).

Ideação Suicida x Automutilação

Embora sejam comportamentos distintos, a automutilação e as tentativas de suicídio são comportamentos frequentemente associados entre si. Giusti (2013) explica que, enquanto na automutilação o desejo é se sentir melhor (busca de mudança), na tentativa de suicídio o objetivo é a morte (busca de um fim). Na automutilação, o resultado é imediato e pode ser repetido várias vezes até que a sensação desejada seja atingida: geralmente, a sensação de alívio.

Foi identificada associação entre ideação suicida e comportamento de automutilação nos adolescentes deste estudo, sendo que, dos 74 adolescentes que automutilam, 94,9% apresentam, também, ideação suicida.

Enquanto sujeitos com ideação suicida desejam morrer e encontram na morte uma fuga e um desejo de cessar todos os sentimentos, os indivíduos que se automutilam procuram viver livres de pensamentos, comportamentos e sentimentos disfóricos, buscando uma forma de apaziguar conflitos internos (Lopes, 2012). Assim, é, em algum nível, a busca por um meio de autopreservação e autocura, em certo sentido, não funcional, mas o ajustamento possível para o sujeito naquele momento.

O fato de ideias suicidas serem frequentes na adolescência não significa que haverá, necessariamente, a ocorrência futura de um ato letal autolesivo. Ter, ocasionalmente, ideias suicidas não é anormal, pois esse tipo de pensamento pode ser considerado parte do processo evolutivo da adolescência, como uma tentativa para elucidar problemas existenciais, procurando encontrar respostas para compreender o sentido da vida e da morte. Contudo, o que se sabe é que os jovens, que sistematicamente pensam, ameaçam, tentam ou concretizam o suicídio, estão revelando, na verdade, um colapso em seus mecanismos adaptativos (Borges & Werlang, 2006).

Considerações Finais

O presente estudo permite refletir sobre a alta ocorrência da prática da automutilação decorrente da dificuldade de regulação emocional e pouca habilidade para o enfrentamento funcional dos problemas, podendo afetar o ajustamento global do adolescente. Os resultados reforçam que há dificuldade em lidar com frustrações e sentimentos disfóricos. Observou-se, também, elevada ocorrência de comportamentos impulsivos e ideação suicida entre adolescentes que se automutilam.

A vulnerabilidade dessa população ao fenômeno da automutilação reforça a importância das políticas de prevenção, acolhimento, psicoeducação e outras intervenções diante dos padrões de ocorrência dos fenômenos, elaborando mecanismos e respostas que considerem a possibilidade do fortalecimento do ego, o desenvolvimento de autossuporte, de habilidades sociais, de expressão e de inteligência emocional, que favoreçam experiências saudáveis das relações intra e interpessoais dos adolescentes.

Mostram-se fundamentais a realização de ações de sensibilização em escolas e na população em geral, e a promoção de formação técnica para profissionais dos contextos social, saúde e escolar, que lidam com adolescentes, para que sejam capazes de reconhecer, compreender e intervir diante desse contexto. Família e escola precisam estar atentas às mudanças comportamentais dos adolescentes bem como ao uso de roupas que escondem partes do corpo, as quais costumam ser mutiladas.

Foram identificadas limitações no que se refere às características da amostra estudada, não sendo possível a obtenção de uma distribuição de variáveis sociodemográficas homogêneas como também não se possibilita a extrapolação dos resultados para a população de adolescentes escolares brasileiros como um todo.

Ressalta-se a importância de aprofundamento de investigações sobre automutilação e associações com estilos de personalidade, relacionamentos e padrões familiares, tentativas de suicídio e suicídios consumados, de natureza quantitativa e qualitativa, de modo a aprofundar a compreensão dos fenômenos e a inter-relação destes bem como a possibilitar o reconhecimento de estratégias de enfrentamento funcionais a serem utilizadas por adolescentes que se automutilam.

Referências

Almeida, R. S., Crispim, M. S. S., Silva, D. S., & Peixoto, S. P. L. (2018). A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/educacional. *Ciências Humanas e Sociais – Alagoas*, 4(3), 147-160. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/5322/2803>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais* (5a. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Aratangy, E. W. (org.). (2017). *Como lidar com a automutilação: guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação* (1a. ed.). São Paulo: Hogrefe.

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio*. Brasília, DF: CFM/ABP.

Bastos, E. M. (2019). Automutilação de adolescentes: um estudo de caso em escola pública de Fortaleza. *Rev. Educação, Psicologia e Interfaces*, 3(3). Recuperado de <https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/167>

Bernardes, S. M. (2015). *Tornar-se (in) visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135810/335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psic., Saúde & Doenças*, 7(2), 195-209. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862006000200004&lng=pt&nrm=iso

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução 196*. Brasília/DF: Diário Oficial da União. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Boletim Epidemiológico*, 48(30). Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357256/>

Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000200002&lng=en&nrm=iso

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Non suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01946/full>

- Fonseca, P. H. N. et al. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq. Bras. Psicol.*, 70(3), 246-258. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso
- Freitas, E. Q. M., & Souza, R. (2017). Automutilação na adolescência: prevenção e intervenção em Psicologia Escolar. *Revista Ciência (In) Cena*, 1(5), 158-174. Recuperado de <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/4356/pdf4356>
- Fukumitsu, K. O. (2017). Facetas da Autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação. In L. M. Frazão, & K. O. Fukumitsu (orgs.), *Quadros Clínicos Disfuncionais em Gestalt-terapia* (pp. 75-92). São Paulo: Summus.
- Garreto, A. K. R. (2015). *O desenvolvimento executivo em pacientes que apresentam automutilação*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06082015-124601/publico/AnnaKarlaRabeloGarretoVersaoCorrigida.pdf>
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>
- Giusti, J. S., Garretto, A. K. R., & Scivoletto, S. (2008). Automutilação. In C. N. Abreu, H. Tavares, & T. A. Cordas. *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos* (1a. ed., pp. 181-200). Porto Alegre: Artmed.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Non suicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496-507. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23682597/>
- Guerreiro, D. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento efetivo e estratégias de coping*. Tese de doutorado, Especialidade em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade de Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/11457>
- Hawton, K., Saunders, K. E., O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/228060626_Self-harm_and_suicide_in_adolescents
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21208494/>
- Krug, E. G. et al. (2002). World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Geneva: World Health Organization. Recuperado de

<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>

Lopes, J. J. B. (2012). *Quem sou eu (s)em ti? A tácita alteridade na automutilação*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2311>

Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363. Available from <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>

Nunes, C. P. S. (2012). *Autodano e ideação suicida na população adolescente: aferição do Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)*. Dissertação de mestrado, Especialização em Contextos Educativos, Universidade dos Açores, Portugal. Recuperado de <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugalSousaNunes2013.pdf>

Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: uma revisão teórica. *Psicol. pesq.*, 12(1), 5-14. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100002&lng=pt&n-rm=iso

Silva, I. N. D. H. (2017). *A qualidade de vinculação aos pais e aos pares, os comportamentos autolesivos e a ideação suicida nos adolescentes*. Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/6337>

Silva, M. F. A., & Siqueira, A. C. (2017). O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. *Revista Farol*, 3, 5-20).

Tavares, H., & Alarcão, G. (2008). Psicopatologia da Impulsividade. In C. N Abreu, H. Tavares, T. A., & Cordas. *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos* (1a. ed., pp. 19-36). Porto Alegre: Artmed.

Whitlock, J. et al. (2011). Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950249/>

5.2 ARTIGO 2: ANÁLISE CORRELACIONAL ENTRE PRÁTICAS EDUCACIONAIS PARENTAIS E COMPORTAMENTOS DE AUTOMUTILAÇÃO

ANALYSIS CORRELATIONAL BETWEEN PARENTAL EDUCATIONAL PRACTICES AND SELF-MUTILATION BEHAVIORS

ANÁLISIS CORRELACIONAL ENTRE LAS PRÁCTICAS EDUCATIVAS DE LOS PADRES Y LAS CONDUCTAS DE AUTOMUTILACIÓN

Resumo

O artigo pretende comparar as práticas educativas parentais com a presença de automutilação em adolescentes escolares de um município do interior da Bahia. Trata-se de investigação descritiva e quantitativa, realizada por meio de Inventário de Estilos Parentais (IEP), de Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) e de questionário com informações psicossociais dos adolescentes. Os resultados revelam uma correlação inversa entre estilos parentais de pais e mães e a ocorrência de comportamentos de automutilação. Os perfis parentais identificados indicam modelos disfuncionais geradores de comportamentos inadequados e não saudáveis nos adolescentes, estando a ocorrência da automutilação correlacionada às práticas educacionais negativas. Investir em intervenções preventivas, que visem a otimizar as práticas educativas parentais, é uma estratégia que pode promover proteção diante dos riscos vivenciados na adolescência.

Palavras-chave: Automutilação; Comportamento autodestrutivo; Comportamento do adolescente; Prática educacional parental.

Analysis correlational between parental educational practices and self-mutilation behaviors

Abstract

The article aims to compare parental educational practices with the presence of self-mutilation in school adolescents in a city in the interior of Bahia. This is a descriptive and quantitative investigation, carried out by means of a Parenting Styles Inventory (IEP), Impulse Questionnaire, Self-Damage and Suicidal Ideation in Adolescence (QIAIS-A) and a questionnaire with psychosocial information of adolescents. The results reveal an inverse correlation between parenting styles of fathers and mothers and the occurrence of self-mutilation behaviors. The identified parental profiles indicate dysfunctional models that generate inappropriate and unhealthy behaviors in adolescents, with the occurrence of self-mutilation being correlated with negative

educational practices. Investing in preventive interventions, which aim to optimize parental educational practices, is a strategy that can promote protection against the risks experienced in adolescence.

Keywords: Self-mutilation; Self-destructive behavior; Adolescent behavior; Parental educational practice.

Análisis correlacional entre las prácticas educativas de los padres y las conductas de automutilación

Resumen

El artículo tiene como objetivo comparar las prácticas educativas de los padres con la presencia de La automutilación en adolescentes escolares de una ciudad del interior de Bahia. Se trata de una investigación descriptiva y cuantitativa, realizada mediante un Inventario de Estilos de Crianza (IEP), Cuestionario de Impulso, Autolesiones e Ideación Suicida en la Adolescencia (QIAIS-A) y un cuestionario con información psicosocial de adolescentes. Los resultados revelan una correlación inversa entre los estilos de crianza y la aparición de conductas de automutilación. Los perfiles parentales identificados señalan modelos disfuncionales que generan conductas de crianza poco saludables en los adolescentes, correlacionándose con la ocurrencia de automutilaciones con prácticas educativas negativas. Invertir en intervenciones preventivas, que buscan optimizar las prácticas educativas, es una estrategia que puede promover la protección frente a los riesgos vividos en la adolescencia.

Palabras clave: Automutilación; Comportamiento autodestructivo; Comportamiento adolescente; Práctica educativa parental.

Introdução

A Psicologia e as áreas afins da saúde, nas últimas décadas, têm buscado compreender os determinantes do comportamento pró-social e antissocial, apontando para a importância que as práticas educativas dos cuidadores têm no desenvolvimento da criança e dos adolescentes (Brito, Miranda, & Hannum, 2013; Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016; Mondin, 2017; Nascimento & Leal, 2017; Georgiou & Symeou, 2018; Weitkamp & Seiffge-Krenke, 2019).

A adolescência é reconhecida como um longo período de transição, que envolve oportunidades de crescimento – não apenas nas dimensões físicas, mas também cognitiva, social, de autonomia, autoestima e intimidade (Bee & Boyd, 2011; Papalia & Feldman, 2013). Alguns jovens têm dificuldade para lidar com muitas

mudanças de uma só vez, podendo desenvolver comportamentos disruptivos e, assim, precisar de auxílio para superar os perigos ao longo do caminho. Entretanto, a maioria sai da adolescência com corpos maduros e saudáveis e com entusiasmo pela vida (Papalia & Feldman, 2013).

A visão de uma adolescência com intensa turbulência e vivências de conflitos colabora para a manutenção de um olhar naturalizante, rígido e adoecedor das concepções da adolescência como período de crise, camuflando as contradições sociais que constituem esse fenômeno (Ozella, 2003). Embora possam existir dificuldades interpessoais, sentimentos ou pensamentos negativos e autocritica exagerada, os efeitos psicológicos dessa fase dependem muito de como o adolescente e as pessoas do seu contexto interpretam e significam as mudanças que o acompanham.

Automutilação como comportamento de risco na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define três categorias de violência: autoinfligida, interpessoal e coletiva. A violência autoinfligida ou autoprovocada é subdividida em comportamento suicida e autoabuso, envolvendo pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídios completados (Organização Mundial de Saúde, 2002). As lesões autoprovocadas, incluindo a automutilação e as tentativas de suicídio, são fenômenos complexos e multicausais, que possuem como determinantes fatores sociais, econômicos, culturais e biológicos e a história de vida pessoal (Brasil, 2017).

Nesse sentido, a automutilação consiste no ato de se machucar intencionalmente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem intenção consciente de suicídio. Esse comportamento é repetitivo, chegando, em alguns casos, a mais de 100 vezes em um período de 12 meses. Pode estar associada a dificuldades interpessoais e sentimentos ou pensamentos negativos, que podem estar presentes no período imediato ou anterior à autolesão. O indivíduo que se autolesiona tende a usar técnicas de baixa letalidade, apresentando dificuldade no controle do impulso. Essa prática é predominante em adolescentes e adultos jovens, sendo que as consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas

importantes (Gratz, 2006; Giusti, Garreto, & Scivoletto, 2008; Cedaro & Nascimento, 2013; American Psychiatric Association, 2014; Brown & Plener, 2017).

Os Transtornos Psiquiátricos identificados como fatores de risco, segundo Skegg (2005) e Giusti (2013), fazem um levantamento de características pessoais, que envolvem a falta de mecanismos de adaptação – pessimismo, insegurança, autodepreciação, baixa autoestima, instabilidade emocional e impulsividade. Apontam, também, problemas relacionados à infância, que incluem negligência, abusos e dificuldade de apego. Além disso, enumeram aspectos sociais, como o *bullying*, informações na mídia, colegas que se automutilam e dificuldade de relacionamento. E, por fim, os fatores de risco associados à família, que abrangem desvalorização, violência, relação disfuncional e ausência ou separação precoce dos pais. Ou seja, para compreender o desenvolvimento do adolescente, é necessário observar os seus contextos cotidianos e as relações que mantêm com as pessoas mais próximas, principalmente a família.

Papel da família e as interações psicoemocionais

Na família, são criadas as primeiras relações humanas e acontecem as experiências mais significativas para o adolescente, sobretudo no engajamento em práticas educativas e nos processos de comunicação. Reconhecida na sua complexidade, a família é uma das responsáveis pelo desenvolvimento socioemocional, condução do adolescente à compreensão de conceitos e valores, e engajamento e desenvolvimento de competências sociais (Rodrigues, 2011; Cloutier & Drapeau, 2012; Senna & Dessen, 2012; Brito et al., 2013; Nascimento & Leal, 2017).

Em contrapartida, desequilíbrio na constituição familiar pode ocorrer quando os pais não conseguem equilibrar amor e limites. Os limites parecem ter ficado no passado. Diante da contemporaneidade, com novos modos de viver e de se relacionar, os pais tornaram-se sem parâmetros sobre como agir com suas crianças e adolescentes, acreditando que seu papel básico é dar amor – associado à satisfação incondicional das vontades dos filhos. Essas transformações confundiram os pais, os quais não percebem que os limites fazem parte do cuidado e do amor. Portanto, não dar limites implica não estar atento, o que se traduz por descuido, descaso e desamor (Rinhel-Silva, Constantino, & Rondini, 2012; Rodrigues, 2011).

Práticas educacionais parentais e estilos parentais

As práticas educativas parentais referem-se ao modo como os pais socializam, controlam ou desenvolvem valores e atitudes em seus filhos, e o conjunto dessas práticas denomina-se estilo parental (Carvalho & Gomide, 2005). A soma de comportamentos dos pais que definem a prática de criação dos adolescentes é denominada de práticas parentais. Essas práticas subdividem-se em categorias de monitoramento e supervisão; controle, consistência, coerência e rigor de disciplina; e apoio e comunicação. O conjunto de práticas educacionais parentais irá determinar o estilo parental.

Os estudos sobre os estilos parentais, realizados pela Psicologia, iniciaram ainda no século XX, no ano de 1967, com Diana Baumrind, que é uma figura essencial nesse campo de estudo. Nesse ano, sugeriu uma tipologia, que descrevia os pais em função de três estilos qualitativamente diferentes, razoavelmente independentes das correntes psicanalíticas e comportamentalistas (Valentini & Alchieri, 2009; Cloutier & Drapeau, 2012).

Maccoby e Martin (1983) ampliaram o esquema elaborado por Baumrind, 16 anos mais tarde, sugerindo uma tipologia baseada em duas dimensões independentes: sensibilidade/responsividade e controle/exigência. A primeira dimensão refere-se a responder às necessidades emocionais da criança, como estar disponível para conversar, ofertar apoio e proporcionar um ambiente seguro para que ela possa se desenvolver. A segunda refere-se a ter grandes expectativas, estabelecer limites comportamentais e aplicar regras e regulamentos, incluindo o monitoramento do comportamento infantil (Valentini & Alchieri, 2009; Cloutier & Drapeau, 2012; Rinhel-Silva et al., 2012; Georgiou & Symeou, 2018).

A combinação das duas dimensões define quatro tipos de estilos parentais: autoritativo, autoritário, permissivo e negligente. O estilo autoritativo – exigente e receptivo – apresenta um comportamento consistente e flexível dos pais; em contraste, pais autoritários – exigentes, mas não receptivos – consideram a punição como um meio de obter controle sobre seus filhos; pais permissivos – receptivos, mas não exigentes – exercitam pouco ou nenhum controle sobre seus filhos; e pais negligentes não respondem às necessidades de seus filhos nem são exigentes em relação ao comportamento e às ações de seus filhos (Georgiou & Symeou, 2018).

Desse modo, práticas educativas positivas são a monitoria positiva, que envolve o uso adequado da atenção, a distribuição de privilégios, o estabelecimento de regras e a distribuição contínua e segura do afeto. Já o comportamento moral implica promover condições favoráveis ao desenvolvimento das virtudes, tais como: empatia, senso de justiça, responsabilidade, trabalho, generosidade e conhecimento do certo e do errado por meio do exemplo dos pais (Gomide, 2011).

As práticas educativas negativas envolvem negligência, ausência de atenção e de afeto, e abusos físico e psicológico – caracterizados pela disciplina através de práticas corporais negativas, ameaça, chantagem de abandono e de humilhação do filho –; disciplina relaxada, que compreende o relaxamento das regras estabelecidas; e punição inconsistente, relacionada ao excesso de instruções, independentemente de seu cumprimento e, conseqüentemente, monitoria negativa pela geração de um ambiente de convivência hostil (Gomide, 2011).

Sob essa ótica, a interação familiar tem especial importância no processo de formação de qualquer indivíduo. Assim, faz-se necessário que os pais funcionem como bons modelos, definindo regras e limites e, ao mesmo tempo, permitindo a autonomia e a autoexpressão do jovem, demonstrando uma capacidade de flexibilidade. Ou seja, superando as crises pelas quais o adolescente passa, englobando as diferenças e mudanças pessoais, e aprendendo a lidar com a diferenciação e transição decorrente da vivência singular desse jovem (Pratta & Santos, 2007).

Tendo em vista que as relações entre pais e filhos têm sido cada vez mais valorizadas na comunidade científica, principalmente no que tange às dificuldades dos pais em estabelecerem práticas e estilos parentais funcionais, este artigo pretende analisar as práticas educacionais parentais e os comportamentos de automutilação em adolescentes escolares.

Método

Estudo de natureza exploratória e descritiva, com coleta de dados transversal realizada através de medidas quantitativas de autorrelato e inquérito populacional.

Amostra

A amostra total foi do tipo não probabilístico, constituída por 174 adolescentes escolares. Os critérios de inclusão estabelecidos para a elegibilidade em participar no estudo foram adolescentes com idades entre 12 e 17 anos, de ambos os sexos e matriculados na rede de ensino público de Feira de Santana/BA. Foram excluídos adolescentes com problemas mentais e/ou deficiências físicas que impedissem a aplicação do formulário, adolescentes que não estavam presentes no momento da coleta e/ou adolescentes que desistiram após o início da coleta.

A coleta de dados teve início em abril de 2019, com duração de seis meses, após a autorização da Secretaria Municipal de Educação de Feira de Santana. Foi realizado, anteriormente, contato telefônico com as escolas e seus respectivos responsáveis, para agendamento de reunião visando à apresentação do projeto com explanação dos objetivos e metodologia do estudo.

Na investigação, foi utilizado um questionário com características sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, ocupação e escolaridade dos pais – e fatores motivacionais – satisfação/insatisfação na escola, na família, com colegas/amigos e com autoimagem.

Em seguida, foi utilizado o Inventário de Estilos Parentais (IEP) (Gomide, 2011) para a coleta de informações das práticas educacionais parentais. É um modelo teórico do conjunto de sete práticas educativas dos pais na interação com os filhos, na qual cinco se relacionam ao desenvolvimento de comportamentos antissociais (abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência) e duas com comportamentos pró-sociais (monitoria positiva e comportamento moral).

Para investigar a ocorrência da automutilação na adolescência, utilizou-se o Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) (Nunes, 2012), um questionário de autorresposta constituído por 64 itens e elaborado para a coleta de dados de uma população adolescente, abordando características relativas ao grau de impulsividade, a presença de comportamentos de autodano e as suas funções, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. Sua escala apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .77 para o fator impulso, .88 para autodano, .94 para as funções do autodano e .82 para a ideação suicida. Apresenta, ainda, um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .85 para o seu total (33 itens), sem o fator nominal referente às funções, e um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total (64 itens) (Nunes, 2012).

Os dados foram analisados com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – Version 24* (IBM SPSS versão 24.0). As características quantitativas foram expressas pelas medidas de tendência central com suas respectivas medidas de dispersão (desvio padrão) e pela prevalência com intervalo de 95% de confiança. As associações entre características qualitativas nominais foram realizadas mediante o teste Qui-quadrado e correlações de *Spearman* para variáveis categóricas ordinais. Para comparar os escores dos estilos parentais com os valores de referência, foi utilizado o teste t para uma amostra ao nível de significância de 5%, enquanto a regressão linear múltipla foi utilizada para estudar a associação entre o número de automutilações em adolescentes, controlados pelas práticas positivas e negativas de seus pais e mães.

Aspectos éticos

O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) por meio do Protocolo CAAE nº 03703018.0.0000.0053. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado aos pais ou responsáveis e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi assinado pelos próprios adolescentes participantes da pesquisa.

Resultados

Características individuais e ocorrência de automutilação

A amostra total foi constituída por 174 adolescentes escolares, 59,8% do sexo feminino e 40,2% do sexo masculino, com idade entre 12 e 17 anos (média \pm desvio padrão da idade: 14,32 \pm 1,18 anos). Os adolescentes estão entre o 6° e o 9° ano escolar, 15,5% são alunos do 7° ano, 40,2% do 8° ano e 33,3% do 9° ano. A maioria de raça/cor preta 42,8%, 34,7% pardos, 9,8% brancos e 12,8% entre indígenas e amarelos.

A prevalência de comportamentos de automutilação foi de 45,4% [IC95%: 38,1% - 52,7%]. No grupo com ocorrência de comportamento de automutilação (79 casos), a maioria é de adolescentes do sexo feminino (70,9%), com idade média 14,1 \pm 1,1 anos. Quanto ao estado civil dos pais dos adolescentes, 47,8% dos pais

encontram-se casados ou têm união estável, 37,3% estão divorciados e/ou separados, 8,7% são solteiros, 3,7% são viúvos e 2,5% não sabem dizer o estado civil dos pais (Tabela 1).

Tabela 1- Ocorrência e perfil de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019

VARIÁVEL		NÚMERO DE OCORRÊNCIAS	PORCENTAGEM (%)
AUTOMUTILAÇÃO	SIM	79	45,4
	NÃO	95	54,6
SEXO	Feminino	23	29,1
	Masculino	56	70,9
IDADE	12-13	26	32,9
	14-15	44	55,7
	16-17	9	11,4
RAÇA/COR	Branco	7	8,7
	Preto ou Pardo	61	77,3
	Amarelo ou Indígena	11	14,0
ESTADO CIVIL DOS GENITORES	Casado ou União	38	47,8
	Estável	29	37,3
	Divorciados/Separados	7	8,7
	Solteiros	3	3,7
	Viúvos	2	2,5
	Não Sabe		

Fonte: elaborada pelas autoras.

Relações familiares e interações com comportamentos de automutilação

Sobre as relações familiares, compreendidas como satisfação com a família, os adolescentes manifestaram sentimentos positivos, como sentir felicidade (40,9%), à vontade (23,2%) e entusiasmado (0,6%). Aproximadamente 20,8% manifestam sentimentos negativos, distribuídos da seguinte forma: 9,8% sentem-se sozinhos, 6,7% excluídos e 4,3% irritados.

Considerando o item satisfação familiar e automutilação, nas relações familiares, 37,5% dos adolescentes expressam sentir-se sozinhos, excluídos ou

irritados quando estão com a família. A maioria são filhos de pais (63,9%) e mães (56,3%) que não obtiveram – ou atingem como máximo – o ensino médio; 44,3% dos adolescentes com ocorrência de comportamentos de automutilação estão morando com pais casados ou em união estável, enquanto 34,2% são filhos de pais divorciados ou separados.

Práticas educacionais parentais em adolescentes escolares

Conforme citado anteriormente, o Inventário de Estilos Parentais (IEP) (Gomide, 2011) tem como propósito estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Com base nisso, os resultados revelaram que a maioria dos pais e mães apresenta um estilo parental de risco, 35,1% e 44,1%, respectivamente. Apenas um baixo percentual dos pais atingiu um estilo parental caracterizado pela prática parental positiva e ausência das práticas negativas (estilo parental ótimo), 8,2% das mães e 9,4% dos pais, respectivamente. Cerca de 22% das mães e 24,3% dos pais encontram-se em estilo parental regular (acima da média).

Os valores descritivos médios e desvio padrão, para cada uma das dimensões do estilo parental de pais e mães, e os valores de referência são apresentados na Tabela 2. Os resultados revelam que as condutas paternas expõem baixos comportamentos, considerados como práticas positivas, especificamente monitoria positiva ($p < 0,000$) e baixo comportamento moral ($p < 0,000$), quando comparados com os dados normativos das práticas educativas.

Tabela 2- Valores de tendência central e de dispersão das dimensões das Práticas Educativas Parentais, monitoria positiva, comportamento moral, punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abusos físicos de pais e mães dos adolescentes participantes do estudo realizado no município de Feira de Santana/BA, 2019

Variáveis	Práticas Educativas Parentais					
	Pais			Mães		
	Média (DP)	Referência	P value	Média (DP)	Referência	P value
Práticas positiva						
Monitoria positiva	6,71 (3,7)	8,61 (2,93)	0,000*	8,65 (2,32)	9,83 (2,41)	0,000*
Comportamento Moral	7,46 (3,2)	8,33 (2,99)	0,001*	8,91 (2,82)	8,87 (2,49)	0,828
Práticas negativa						
Punição inconsistente	2,93 (2,26)	1,22 (1,94)	0,000*	3,65 (2,52)	1,05 (1,68)	0,000*
Negligência	3,86 (3,14)	3,07 (2,56)	0,002*	3,44 (3,08)	2,37 (2,17)	0,000*
Disciplina relaxada	2,84 (2,08)	4,54 (2,36)	0,000*	3,30 (2,22)	5,54 (2,27)	0,000*
Monitoria negativa	4,64 (2,46)	3,18 (2,35)	0,000*	6,68 (2,36)	3,58 (2,26)	0,000*
Abuso físico	1,75 (2,32)	2,76 (2,23)	0,000*	2,25 (2,53)	3,19 (2,21)	0,000*

(†) Valor abaixo do valor de referência, (^) Valor acima do valor de referência.

** Diferença estatisticamente significativa ao nível de 5%.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Nas práticas negativas, os pais apresentam elevada punição inconsistente ($p < 0,000$), negligência ($p < 0,003$) e monitoria negativa ($p < 0,000$). Porém, apresentam valores médios baixos em comparação com dados normativos em disciplina relaxada ($p < 0,000$) e abusos físicos ($p < 0,000$). Já as mães exibem comportamento moral conforme os dados normativos ($p = 0,828$), mais baixos valores em monitoria positiva ($p < 0,000$), alta punição inconsistente ($p < 0,000$), negligência ($p < 0,003$) e,

também, elevada monitoria negativa ($p < 0,000$), porém apresentam valores médios baixos de disciplina relaxada ($p < 0,000$) e abusos físicos ($p < 0,000$).

Os resultados revelam uma correlação inversa entre os estilos parentais de pais e mães com a ocorrência de comportamentos de automutilação; ou seja, à medida que o estilo parental é mais positivo, a frequência de comportamentos de automutilação nos adolescentes diminui.

Comportamentos parentais e a ocorrência de automutilação

A correlação entre automutilação e estilos parentais foi estatisticamente significativa em 5%. A correlação dos pais foi -0,516 ($p < 0,0001$) e a correlação com o estilo parental das mães foi -0,572 ($p < 0,0001$) (Tabela 3 e Figura 1).

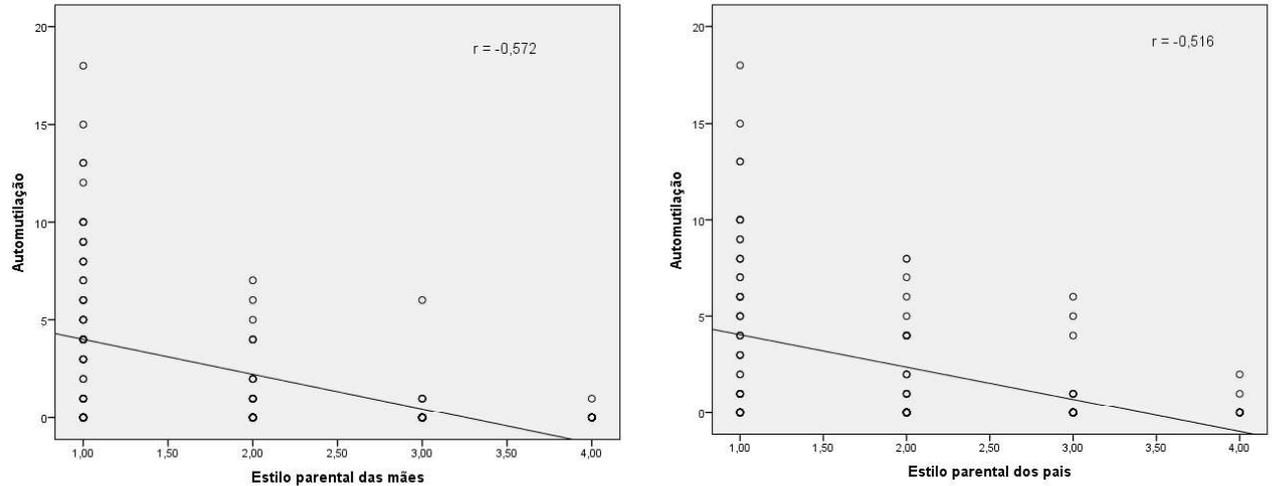
Tabela 3 - Práticas educacionais de pais e mães com comportamentos de automutilação dos adolescentes da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019

	Automutilação em adolescentes		
	Coefficiente de correlação Spearman	Sig. (1-tailed)	n
Práticas educacionais			
Práticas negativas pais	0,426*	0,000	162
Práticas positivas pais	-0,304*	0,000	152
Práticas negativas mães	0,519*	0,000	154
Práticas positivas mães	-0,325*	0,000	164
Estilo parental			
Estilo parental das mães	-0,572*	0,000	144
Estilo parental dos pais	-0,516*	0,000	147

*. Correlações estatisticamente significantes ao nível do 5%.

Fonte: elaborada pelas autoras.

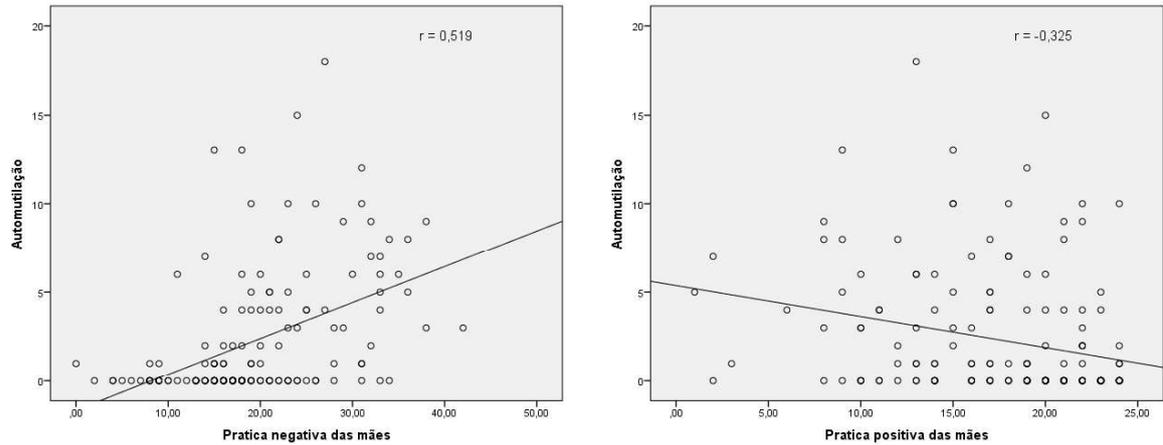
Figura 1- Gráfico das correlações estilos parentais de mães e pais com comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019



Fonte: elaborada pelas autoras.

No grupo das mães, quando foram avaliadas as correlações entre práticas educacionais positivas (Monitoria Positiva + Comportamento Moral) e negativas (Punição Inconsistente + Negligência + Disciplina Relaxada + Monitoria Negativa + Abuso Físico), que perpetraram as mães com a frequência de comportamentos de automutilação nos adolescentes escolares, os resultados revelaram uma correlação direta, estatisticamente significativa, das práticas negativas maternas e comportamentos de automutilação dos adolescentes ($r=0,519$; $p<0,0001$) e correlação inversa das práticas positivas com a frequência de comportamentos de automutilação ($r=-0,325$; $p<0,0001$) (Tabela 3 e Figura 2).

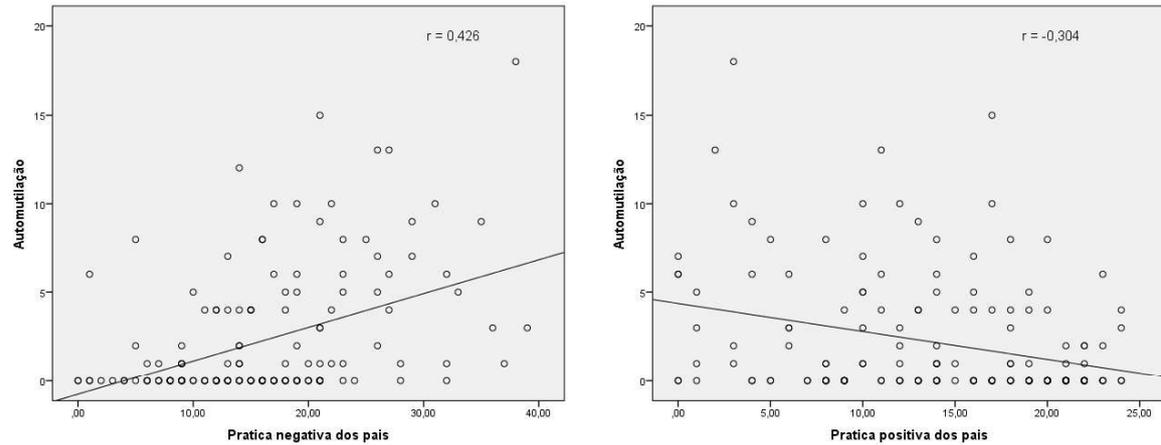
Figura 2- Gráfico das correlações entre as práticas educacionais positivas e negativas das mães com comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019



Fonte: elaborada pelas autoras.

No grupo dos pais, as correlações entre práticas educacionais positivas (Monitoria Positiva + Comportamento Moral) e negativas (Punição Inconsistente + Negligência + Disciplina Relaxada + Monitoria Negativa + Abuso Físico) são apresentadas na Figura 3. Os pais apresentam correlações no mesmo sentido das correlações das mães; ou seja, pais que perpetram práticas educativas negativas se correlacionam com altas frequências de comportamentos de automutilação nos adolescentes e as práticas positivas dos pais se correlacionam com baixa frequência de comportamentos de automutilação (Figura 3).

Figura 3- Gráfico das correlações entre as práticas educacionais positivas e negativas dos pais com comportamentos de automutilação em adolescentes escolares da rede pública de ensino do município de Feira de Santana/BA, 2019



Fonte: elaborada pelas autoras.

Os resultados revelam uma correlação direta, estatisticamente significativa, das práticas negativas dos pais e comportamentos de automutilação dos adolescentes ($r=0,426$; $p<0,0001$), e correlação inversa das práticas positivas com a frequência de comportamentos de automutilação ($r=-0,304$; $p<0,0001$) (Tabela 3).

Por fim, foi aplicado aos resultados obtidos o modelo de regressão linear múltipla, o qual apontou que o número de automutilações em adolescentes é estatisticamente significativa e está associado às práticas positivas ($p<0,004$) e negativas dos pais ($p<0,036$). Do mesmo modo, foi verificada, utilizando esse modelo de correlação, associação às práticas negativas ($p<0,0001$) das mães, mas que não se encontra associada às práticas positivas das mães ($p<0,331$).

Entretanto, quando realizada a análise desse modelo aplicado à frequência do número de automutilações independentemente da idade e sexo, encontra-se estatisticamente associado às práticas positivas dos pais ($p<0,007$) e às práticas negativas das mães ($p<0,0001$), mas não foi encontrada associação com as práticas negativas dos pais ($p<0,080$) e as práticas positivas das mães ($p<0,360$) quando controlado pelo sexo e a idade dos adolescentes.

Discussão

Os resultados revelaram uma alta prevalência de comportamentos de automutilação com maior ocorrência em adolescentes do sexo feminino. No entanto, vale ressaltar que a amostra do presente estudo era majoritariamente feminina. A maioria dos estudos demonstra não existir consenso em relação às ocorrências

dessas violências entre os sexos (Gratz, 2001; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Giusti et al., 2008; Nunes, 2012; Giusti, 2013; Garreto, 2015). Todavia, outros estudos apontam que 10% dos adolescentes apresentam comportamentos de automutilação pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo mais frequentes no sexo feminino (Whitlock et al., 2011; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Neste estudo, os adolescentes escolares com ocorrência de automutilação apresentam idade média de 14,1 \pm 1,1 anos, confirmando o perfil de estudos que mostram que a automutilação, geralmente, tem início durante a fase da adolescência, período no qual o comportamento é mais frequente, intenso e grave, considerando a existência de distorções cognitivas, funções emocionais e atuações contextuais (Nock, 2010; Aratangy, 2017; Santos & Faro, 2018).

Em relação à escolaridade dos pais, a maioria dos adolescentes que se automutilam são filhos de pais e mães que não obtiveram – ou atingem como máximo – o ensino médio. Em estudo realizado por Assis, Avanci e Oliveira (2009), com 479 crianças, entre seis e 13 anos, de escolas públicas de São Gonçalo/RJ, foi analisada a associação de determinantes sociodemográficos com o desenvolvimento de problemas de comportamento de automutilação.

Segundo esses autores, condições socioeconômicas precárias de pais com baixa escolaridade estão relacionadas à reduzida competência social e a problemas de comportamento em crianças e adolescentes. Por outro lado, pais com elevada escolaridade tendem a reconhecer com maior facilidade as necessidades de seus filhos e promover a competência social além de estarem mais preparados para lidar com desafios, estarem mais articulados com a rede social e oferecerem mais apoio (Assis et al., 2009).

Considerando as relações familiares, 37,5% dos adolescentes expressam sentirem-se sozinhos, excluídos ou irritados quando estão com a família. Os resultados encontrados podem estar relacionados a conflitos, desconforto e/ou desvalorização no seio familiar, que intensificam sentimentos de inadequação, irritação, exclusão e solidão. Esses achados corroboram o estudo de Mesquita, Ribeiro, Mendonça, & Maia (2011), que afirmam que os comportamentos de automutilação e suicídio se manifestam, sobretudo, em adolescentes que apresentam problemas relacionais, especialmente em nível familiar, onde é frequente existir conflito com crítica sistemática e falta de afeto.

No que tange ao estado civil dos pais dos adolescentes escolares com prática de automutilação, a maioria possui pais casados ou em união estável, enquanto 34,2% são filhos de pais divorciados ou separados. Esses dados são contraditórios aos fatores de riscos associados à automutilação, destacados por Giusti et al. (2008) e Giusti (2013), que sinalizam que viver com apenas um dos pais e/ou separação precoce dos pais consistem em risco para a automutilação. Em suma, cada estilo parental propicia operações estabelecedoras e modelagem de diferentes comportamentos que favorecem ou desfavorecem a autonomia do adolescente e suas habilidades sociais (Alvarenga et al., 2016).

Práticas educacionais parentais dos adolescentes escolares

Os resultados revelam que a maioria dos pais e mães apresenta um estilo parental de risco para a ocorrência de automutilação em adolescentes escolares. De acordo com Gomide (2011), as práticas educativas negativas estão correlacionadas ao desenvolvimento de depressão, ansiedade e comportamentos antissociais. Apenas um baixo percentual de pais atingiu um estilo parental caracterizado por significativa prática parental positiva e ausência das práticas negativas, que se denomina estilo parental ótimo, o que corresponde a 8,2% das mães e 9,4% dos pais.

As práticas educacionais parentais positivas compõem o estilo autoritativo, que consiste no melhor modelo para aquisição de habilidades de resolução de problemas e desenvolvimento da autonomia de um adolescente. Dentre todos os estilos, é o que tem a menor probabilidade de contribuir para a ocorrência de problemas internalizantes e/ou externalizantes, possibilitando uma adaptação mais positiva do jovem (Steinberg, 2001; Cloutier & Drapeau, 2012; Alvarenga et al. 2016; Dobrianskyj Weber, 2017).

Os resultados apontam que as condutas paternas expõem baixos comportamentos considerados como práticas positivas quando comparados com os dados normativos das práticas educativas. As mães, por sua vez, apresentam comportamento moral conforme os dados normativos, contudo baixos valores em monitoria positiva.

Em um estudo realizado por Toni e Silvares (2017), que buscou avaliar as variáveis preditoras da competência social dos adolescentes, observou-se que o

comportamento moral materno, aliado às baixas taxas de negligência materna e paterna e de baixo abuso físico materno, prediz 26% da competência social; ou seja, essas práticas parentais explicam mais de $\frac{1}{4}$ do comportamento socialmente competente dos filhos.

Crianças que relatam confiança na disponibilidade e receptividade parental tiveram baixos escores de agressão, delinquência, retraimento social e uma forte tendência a serem menos ansiosas e deprimidas. Por outro lado, as crianças com baixa confiança na disponibilidade, capacidade de resposta e apoio emocional de seus pais tendem a demonstrar problemas internalizantes (Nunes, Faraco, & Vieira, 2013).

Segundo Gomide (2003), a prática do comportamento moral não se refere apenas a comportamentos ligados à justiça e à moral, mas também a comportamento empático, coerência dos pais, possibilidades de acertos e erros por parte da criança, com reflexão sobre seus atos. Nesse sentido, a prática educativa de comportamento moral se relaciona, também, a modelos parentais socialmente aceitáveis e habilidades de interação. Entretanto, conforme os dados obtidos, essa prática positiva materna isolada não é suficiente para proteger e desvincular o adolescente da automutilação. Assim, embora neste estudo as mães apresentem comportamento moral conforme o esperado, a monitoria positiva está abaixo do esperado de acordo com o IEP (Gomide, 2011).

Em relação às práticas negativas, nos nossos achados, pais e mães apresentam elevados índices de punição inconsistente, negligência e monitoria negativa, com valores médios baixos em comparação com dados em disciplina relaxada e abusos físicos. Esses resultados indicam uma inabilidade em lidar com os filhos e estabelecer práticas funcionais de educação, adotando comportamentos autoritários, contraditórios e descuidados.

Em um primeiro momento, a negligência aliada à monitoria negativa pode parecer antagônica, já que a segunda se caracteriza por uma fiscalização constante dos pais, caminho oposto à negligência. Contudo, quando os filhos são extremamente fiscalizados, atribuem isso à falta de amor, respeito e confiança dos pais (Gomide, 2004).

Neste estudo, percebeu-se, conjuntamente, negligência e falta de monitoria positiva dos pais, o que pode indicar que estes não demonstram real interesse pelo adolescente, apresentando pouca ou nenhuma expressão de carinho e precária

comunicação, fatores que podem afetar o autoconceito e a autoestima do adolescente e, conseqüentemente, colocá-lo em condições de risco de envolver-se na automutilação e em problemas internalizantes. É importante ressaltar que a baixa autoestima está dentre os fatores de risco para a adoção da prática da automutilação.

Práticas educacionais parentais e correlação com comportamentos de automutilação

Os resultados manifestaram uma correlação direta, estatisticamente significativa, das práticas negativas de mães e pais, e comportamentos de automutilação dos adolescentes e correlação inversa das práticas positivas de mães e pais com a frequência de comportamentos de automutilação. Esses achados corroboram os resultados encontrados por Mesquita et al. (2011), que identificaram que a qualidade da relação parental dos participantes que se automutilam diferencia-se de forma estatisticamente significativa daqueles participantes sem risco que, em termos médios, apresentam um melhor relacionamento parental. Desse modo, confirma a influência das características do funcionamento familiar no que diz respeito ao envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco.

O controle psicológico excessivo tem sido tradicionalmente relacionado a comportamentos internalizantes, como depressão, baixa autoconfiança e baixa autoestima. Um ambiente não responsivo se torna difícil para o jovem desenvolver uma autopercepção positiva por várias razões, como a desvalorização implícita da pessoa e as oportunidades limitadas de desenvolver um senso de eficácia pessoal (Georgiou & Symeou, 2018). Nesse sentido, comportamentos com características de exigências desnecessárias, postura intrusiva e punições não contingentes podem despertar nos filhos o sentimento de desamparo, complicando o enfrentamento de adversidades (Alvarenga et al., 2016).

Neste estudo, foi possível identificar que as práticas positivas e negativas dos pais e as práticas negativas das mães são fatores fortemente associados ao comportamento de automutilação em adolescentes, conforme apontam Alvarenga et al. (2016), sobre práticas educacionais negativas poderem tornar os adolescentes hostis ou submissos, dependendo da interação de outras variáveis, e com dificuldade para lidar com o estresse, além de apresentar problemas internalizantes

e pior ajustamento no comportamento com seus pares devido à restrição do seu repertório de habilidades sociais.

Dobrianskyj Weber (2017), em seu estudo, explica que, dentre os adolescentes com autoestima elevada, a maioria percebeu seus pais como autoritativos (47,5%), enquanto o maior percentual de adolescentes classificados com baixa autoestima tinha pais negligentes (46,2%). No presente estudo, a negligência apresenta elevados escores para pais e mães, o que pode ser traduzido através da falta de calor e carinho na interação com o adolescente, podendo desencadear hostilidade, agressividade, desamparo, insegurança e vulnerabilidade.

Por outro lado, o controle parental – embora seja muitas vezes questionado e rejeitado pelos adolescentes – é uma das variáveis referenciadas como fator de forte proteção, uma vez que influencia o comportamento dos jovens, minimizando o envolvimento em comportamentos de risco, incluindo a automutilação assim como o envolvimento com grupo de pares desviante (Dobrianskyj Weber, Stasiak, & Brandenburg, 2003).

Os resultados encontrados revelaram a redução de comportamentos de automutilação diante de práticas positivas; ou seja, pais e mães com monitoria positiva e comportamento moral dentro do esperado apresentam fatores de proteção para a adoção da automutilação. Por outro lado, os pais que apresentam um controle parental autoritário e não responsivo aumentam o risco de adoção de comportamentos disfuncionais.

Diante disso, o contexto familiar tem sido identificado como a rede de apoio mais próxima durante a infância e adolescência assim como um importante fator protetivo, pois a presença de características como afeto, intimidade e comunicação e a ausência/redução de comportamentos abusivos, autoritário e/ou negligentes pode ajudar a manter um senso de estabilidade frente às mudanças e situações estressantes, protegendo-os da adoção do comportamento de risco (Nascimento & Leal, 2017).

Conclusão

Os perfis parentais identificados neste estudo indicaram, em sua maioria, modelos disfuncionais que favorecem a ocorrência da automutilação, consistindo em fatores de risco. Desse modo, faz-se imprescindível a identificação precoce dos

adolescentes que se automutilam para a definição das estratégias para o enfrentamento do fenômeno em questão.

A implementação de ações de sensibilização pode ser iniciadas dentro das instituições escolares com caráter preventivo primário, dirigidas, aos adolescentes, de forma aberta e livre de preconceitos, desmistificando e demonstrando a possibilidade da busca por apoio junto à escola, familiares e profissionais de saúde, informando medidas a adotar nessas situações e que podem ser retransmitidas pelos próprios adolescentes a outros estudantes.

As ações de prevenção primária devem ser estendidas às famílias na sensibilização para a supervisão e proteção dos adolescentes escolares, que, por vezes, tendem a não buscar, por preconceito e vergonha, ajuda psicológica ou acompanhamento clínico. Essas ações de prevenção devem visar a otimizar as práticas educativas de mães e pais, orientando medidas possíveis a serem adotadas junto ao adolescente para aliviar o sofrimento emocional de forma compreensiva e acolhedora – práticas educacionais positivas, evitando ameaças e descontrole ao lidar com a situação, e práticas educacionais negativas.

Foram identificadas limitações no que se refere às características da amostra estudada (de conveniência e de reduzida dimensão), não possibilitando a extrapolação dos resultados para a população brasileira de adolescentes escolares como um todo. Além disso, trata-se de um estudo transversal, o que limita a capacidade explicativa dos resultados.

Por fim, ressalta-se a importância de aprofundamento de investigações sobre a automutilação e associações com estilos de personalidade do adolescente e estilos parentais, de natureza quantitativa e qualitativa, recorrendo a amostras com características diversas, de modo a aprofundar a compreensão da ocorrência de automutilação em adolescentes.

Referências

Alvarenga, P. A., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 4-21.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.

Aratangy, E. W. (org.). (2017). *Como lidar com a automutilação: guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação*. São Paulo: Hogrefe.

Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. V. C. (2009). Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev. Saúde Pública*, 43(supl. 1), 92-100. Recuperado em 5 de junho, 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800014&lng=en&nrm=iso

Bee, H. & Boyd. D. (2011). *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico [Recurso eletrônico]*, 48(30). Recuperado em 5 de julho, 2018, de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Brito, L. N. O., Miranda, F. J., & Hannum, J. S. S. (2013). O contexto da família na atualidade e o processo de criação de filhos. *Fragments de Cultura*, 23(4), 403-414. Recuperado em 15 de junho, 2020, de <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/2966/1813>

Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3). Recuperado em 16 de novembro, 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357256>

Carvalho, M. C. N., & Gomide, P. I. C. (2005). Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 263-275. Recuperado em 25 de junho, 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000300005&lng=en&nrm=iso

Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223. Recuperado em 20 de novembro, 2018, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000200002&lng=en&nrm=iso

Cloutier, R., & Drapeau, S. (2012). *Psicologia da adolescência*. Petrópolis: Vozes.

Dobrianskyj Weber, L. N. (2017). Relações entre práticas educativas parentais percebidas e a autoestima, sinais de depressão e o uso de substâncias por adolescentes. *Revista INFAD de Psicologia*, 2(1), 157-168. Recuperado em 18 de junho, 2020, de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/928>

Dobrianskyj Weber, L. N., Stasiak, G. R., & Brandenburg, O. J. (2003). Percepção da interação familiar e auto-estima de adolescentes. *Aletheia*, (17-18), 95-105. Recuperado em 16 de novembro, 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013455010.pdf>

Garreto, A. K. R. (2015). *O desenvolvimento executivo em pacientes que apresentam automutilação*. Dissertação de mestrado em Psiquiatria, Faculdade de

- Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 25 de junho, 2020, de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06082015-124601/publico/AnnaKarlaRabeloGarretoVersaoCorrigida.pdf>
- Georgiou, S. N., & Symeou, M. (2018). Parenting Practices and the Development of Internalizing/ Externalizing Problems in Adolescence. *Parenting – Empirical Advances and Intervention Resources*. Recuperado em 5 de junho, 2020, de https://www.researchgate.net/publication/322999314_Parenting_Practices_and_the_Development_of_Internalizing_Externalizing_Problems_in_Adolescence
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese de doutorado em Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 12 de junho, 2018, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>
- Giusti, J. S., Garretto, A. K. R., & Scivoletto, S. (2008). Automutilação. In C. N. Abreu (org.), *Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos* (pp. 181-200). Porto Alegre: Artmed.
- Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette, & Z. A. P. A. Del Prette (orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 21-57). Campinas: Editora Alínea.
- Gomide, P. I. C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2011). *Inventário de Estilos Parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4). Recuperado em 26 de maio, de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1012779403943>
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250. Recuperado em 22 de junho, 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16719643/>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. Recuperado em 16 de outubro, 2018, de https://www.researchgate.net/publication/228060626_Self-harm_and_suicide_in_adolescents
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. Recuperado em 15 de outubro, 2018, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12900314/>

- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington, *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, A. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3, 97-109. Recuperado em 25 de junho, 2020, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16575/1/RelacoesFamiliares%20HumorDeprimidoPDFenviado7julho.pdf>
- Mondin, E. M. C. (2017). Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, 26(54), 233-244. Recuperado em 3 de julho, 2020, de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19885>
- Nascimento, G. O., & Leal, F. S. F. (2017). As práticas parentais positivas e negativas como fatores colaborativos no rendimento escolar. *Revista de Estudos e Investigación en Psicología y Educación*, (5), 283-288. Recuperado em 12 de maio, 2020, de <https://core.ac.uk/download/pdf/229590264.pdf>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363. Recuperado em 8 de junho, 2020, de <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nunes, C. P. S. (2012). *Auto dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do Questionário de Impulso, Auto dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Educação, Universidade dos Açores, Açores, Portugal. Recuperado em 16 de julho, 2018, de <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugalSousaNunes2013.pdf>
- Nunes, S. A. N., Faraco, A. M. X., & Vieira, M. L. (2013). Attachment and Parental Practices as Predictors of Behavioral Disorders in Boys and Girls. *Paidéia*, 23(56), 369-378. Recuperado em 5 de junho, 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2013000300369&lng=en&nrm=iso
- Organização Mundial da Saúde. (2002). In E. G. Krug (org.), *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra. Recuperado em 16 de setembro, 2018, de <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
- Ozella, S. (org.). (2003). *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em*

Estudo, 12(2), 247-256. Recuperado em 16 de novembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>

Rinhel-Silva, C. M., Constantino, E. P., & Rondini, C. A. (2012). Família, adolescência e estilos parentais. *Estudo Psicologia*, 29(2), 221-230. Recuperado em 5 de maio, 2019, de <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a08v29n2.pdf>

Rodrigues, Y. (2011). *Autoridade familiar, autoconceito e valores: um estudo com alunos do 7º, 9º e 11º anos de escolaridade*. Dissertação de mestrado em Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado em 5 de junho, 2020, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4619/1/ulfpie039590_tm.pdf

Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: uma revisão teórica. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 5-14. Recuperado em 5 de julho, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100002&lng=pt&nrm=iso

Senna, S. R. C. M., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108. Recuperado em 16 de setembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/13.pdf>

Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483. Recuperado em 5 de julho, 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673605676003>

Steinberg, L. (2001). We Know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19. Recuperado em 25 de junho, 2020, de <https://psycnet.apa.org/record/2001-06237-001>

Toni, C. G. S., & Silveiras, E. F. M. (2017). Práticas educativas parentais e comportamentos de saúde e risco na adolescência: um modelo preditivo. *Psicologia Argumento*, 31(74). Recuperado em 6 de junho, 2020, de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20495>

Valentini, F., & Alchieri, J. C. (2009). Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. *Contextos Clínic*, 2(2), 113-123. Recuperado em 16 de novembro, 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000200006&lng=pt&nrm=iso

Weitkamp, K., & Seiffge-Krenke, I. (2019). The Association Between Parental Rearing Dimensions and Adolescent Psychopathology: A Cross-Cultural Study. *J Youth Adolesc.*, 48(3), 469-483. Recuperado em 5 de julho, 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264209/>

Whitlock, J. et al. (2011). Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698, 2011. Recuperado em 8 de junho, 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950249>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, foi possível perceber a elevada ocorrência da automutilação em adolescentes escolares no contexto de Feira de Santana – BA, sendo importante considerar a extensa diversidade de fatores de riscos associados à automutilação, incluindo existência de transtornos mentais, fatores pessoais, sociais e familiares.

Houve predominância do comportamento entre os adolescentes do sexo feminino e os fatores motivacionais da autolesão sem intenção suicida, envolvem principalmente necessidade de regulação emocional, como aliviar a raiva, acalmar, deixar de se sentir infeliz e deprimido, aliviar as emoções negativas, entre outros.

Foi observado também elevada ocorrência de comportamentos impulsivos em adolescentes que automutilam, demonstrando uma reduzida capacidade de controle do adolescente no engajamento da automutilação. Assim como elevada ocorrência de ideação suicida entre adolescentes que automutilam, nesse sentido, identificar adolescentes com ideação suicida e que praticam a automutilação, pode prever outras possibilidades de riscos e mortes por suicídio, sendo a prevenção um caminho possível para trabalhar o problema.

Em relação as práticas educacionais parentais negativas, observou-se que pais e mães apresentam elevados índices de punição inconsistente, negligência e monitoria negativa, que indicam uma inabilidade em lidar com os filhos e estabelecer práticas saudáveis e funcionais de educação, adotando práticas autoritárias, contraditórias e descuidadas.

Foi percebida conjuntamente negligência e falta de monitoria positiva, o que pode indicar que os pais não demonstram real interesse pelo adolescente, fatores que podem afetar o autoconceito e autoestima do adolescente e conseqüentemente colocá-lo em condições de risco de envolver-se na automutilação, visto que baixa autoestima é um dos fatores de risco para a adoção da automutilação.

O presente estudo revelou que a redução de comportamentos de automutilação diante de práticas positivas, que consistem então em fatores de proteção para a adoção da automutilação. Embora a prática educativa comportamento moral se relacione, entre outras coisas, a modelos parentais socialmente aceitáveis e habilidades de interação, esta prática positiva materna

isolada, não é suficiente para proteger e desvincular o adolescente da prática da automutilação.

A vulnerabilidade desta população ao fenômeno da automutilação reforça a importância das políticas de prevenção, acolhimento e intervenções mostra-se importante a realização de ações de sensibilização em escolas e na população em geral, promoção de formação técnica para profissionais dos contextos sociais, saúde e escolares que lidam com o público adolescente, para que sejam capazes de reconhecer, compreender e intervir diante desse contexto.

O reconhecimento precoce dos adolescentes que praticam a automutilação é imprescindível para a definição das estratégias para enfrentamento do fenômeno em questão. A implementação de ações de sensibilização, podem ser iniciadas dentro das instituições escolares com carácter preventivo primário, dirigidas, aos adolescentes, de forma aberta e livre de preconceitos, desmistificando e demonstrando a possibilidade da busca por apoio junto à escola, familiares e profissionais de saúde, informando medidas a adotar nestas situações e que podem ser retransmitidas pelos próprios adolescentes a outros estudantes.

As ações de prevenção primária devem ser estendidas às famílias buscando sensibilizá-los para a supervisão e proteção dos adolescentes escolares, que por vezes tendem a não buscar, por preconceito, vergonha e estigma, ajuda psicológica ou acompanhamento clínico.

Foram identificadas limitações no que se refere às características da amostra estudada (de conveniência e de reduzida dimensão) e do desenho de estudo transversal, o que limita a capacidade explicativa dos resultados, bem como o fato da amostra já ser majoritariamente constituída por adolescentes do sexo feminino, pode ter condicionado os resultados obtidos.

Por fim, ressalta-se a importância de aprofundamento de investigações sobre automutilação e associações com estilos de personalidade, transtornos mentais, relacionamentos e padrões familiares, como também com comportamento impulsivo, tentativas de suicídio e suicídios consumados, de natureza quantitativa e qualitativa. Assim, além de abrir novas perspectivas de estudo, esta pesquisa serve como base para o desenvolvimento de novas metodologias de trabalho preventivo com adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p.97-110.
- AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S. Orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p.163-178.
- ALMEIDA, R. S.; CRISPIM, M. S. S.; SILVA, D. S.; PEIXOTO, S. P. L. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/educacional. **Ciências Humanas e Sociais**. Alagoas, v. 4, n.3, p. 147-160, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/5322/2803>. Acesso em: 02 jul. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais**. DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 834-839.
- ANTONI, C.; KOLLER, S. H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**. Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 347-381, Nov., 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26369901_A_visao_de_familia_entre_as_adolescentes_que_sofreram_violencia_intrafamiliar. Acesso em: 16 nov. 2018.
- ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas auto lesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n.2, p. 293-300, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, Brasília: CFM/ABP, 2014.
- BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BERNARDES, S. M. **Tornar-se (in) visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015 (Dissertação Saúde

Mental e Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135810/335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012. Disponível: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL, K. C. T. R. et al. Adolescência, violência e objetos culturais: uma intervenção entre o educativo e o terapêutico no espaço escolar. **Estilos clínicos**[online]. São Paulo, v.20, n.2, p. 205-225, ago., 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282015000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. [Recurso eletrônico]. Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde, v.48, n.30, 2017. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRONFENBRENNER, U. A. **Ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BROWN, R. C.; PLENER, P. L. *Non-suicidal Self-Injury in Adolescence*. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n.3, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357256/>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CAMACHO, I. et al. A escola e os adolescentes: qual a influência da família e dos amigos? **Revista de psicologia da criança e do adolescente**. Lisboa, n. 1, p. 101-116, abr., 2010. Disponível em: <https://issuu.com/medull/docs/revista_psicologia_1>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CASTILHO, P.; GOUVEIA, J. P.; BENTO, E. Auto criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto dano em adolescentes. **Psychologica**, v.2, n. 52, p. p. 331-359, jun., 2010. Disponível em: <<http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1060>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n.2, p. 203-223, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2018.

CIPRIANO, A., CELLA, S., COTRUFO, P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 8, 2017. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01946/full>. Acesso em: 08 jun. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

CLOUTIER, R; DRAPEAU, S. **Psicologia da adolescência**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e exigências: duas escalas para a assistência parentais. **Psicol. Reflexo. Crit.** Porto Alegre, v. 13, n. 3, p.465-473, 2000.

DARLING, N.; STEINBERG, L. *Parenting style as context: An integrative model*. **Psychological Bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.865.7470&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia** [online]. Ribeirão Preto, v.17, n.36, p. 21-32, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

DOBRIANSKYJ WEBER, L. N.; STASIAK, G. R.; BRANDENBURG, O. J. Percepção da interação familiar e auto-estima de adolescentes. **Aletheia**, n. 17-18, p. 95-105, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013455010.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

ENGELS, R. E.; BOGY, T. *Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence*. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 30, p. 675-695, 2001.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicol.**

Reflex. Crit. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a05v15n1.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

FLIEGE, H. *et al.* Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 66, n. 6, p. 477-493, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19446707/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FONSECA, P. H. N. *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jul. 2020.

FORTES, I; KOTHER MACEDO, M. M. Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente** [online]. Barranquilla, Colômbia, v. 20, n.38, p. 353-367, jul./dez., 2007.

FREITAS, E. Q. M.; SOUZA, R. Automutilação na adolescência: prevenção e Intervenção em Psicologia Escolar. **Revista Ciência (In) Cena**. [online] Salvador, v. 1, n. 5, p. 158-174, 2017. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/4356/pdf4356>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

FUKUMITSU, K. O. Facetas da Autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs). **Quadros Clínicos Disfuncionais em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017.

GIUSTI, J. S. **Automutilação**: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

GIUSTI, J. S.; GARRETTO, A. K. R.; SCIVOLETTO, S. Automutilação. In: ABREU, C. N; TAVARES, H; CORDAS, T. A. **Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GUERREIRO, D. **Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento efetivo e estratégias de coping**. 2014. Tese. (Doutorado em Medicina). Especialidade em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10451/11457>>. Acesso em: 12 out. 2018.

GRATZ, K. L. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 23, n. 4, Dec. 2001. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1012779403943>. Acesso em: 26 maio 2018.

HAWTON, K., SAUNDERS, K. E., & O'CONNOR, R. C. *Self-harm and suicide in adolescents*. **The Lancet**, v. 379, n. 9834, p. 2373–2382, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228060626_Self-harm_and_suicide_in_adolescents. Acesso em: 16 nov. 2018.

HAWTON, K., BERGEN, H., COOPER, J., TURNBULL, P., WATERS, K., NESS, J., KAPUR, N. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. **Journal of Affective Disorders**, v.175, p. 147–151, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271500004X?via%3Di> hub. Acesso em: 05 jun. 2020.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ed. São Paulo, Atheneu, 2009, p. 193-219.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health (**Relatório Mundial sobre violência e saúde**). Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 16 Nov. 2018.

LEÃO, M. F.; AGAPITO, F. M. Reflexos do bullying nas relações interpessoais escolares e a necessidade da formação de professores. **Rev. ECS**, Sinop/MT/Brasil, v. 5, n. 1, p. 45-57, jan./jun., 2015. Disponível em: <<http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/viewFile/1776/1555>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

LEWIS, S. P. et al. *Googling Self-injury*. **JAMA Pediatrics**, v. 168, n. 5, 2014. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/4d03/02bcba05703be7ab18dfa94d75083b64c807.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

LEWIS, SP; SEKO, Y. A Double-Edged Sword: A Review of Benefits and Risks of Online Nonsuicidal Self-Injury Activities. **Journal of Clinical Psychology**, v. 72, n. 3, p. 249-262, 2016.

LIMA, N. L. et al. Os adolescentes na rede: uma reflexão sobre as comunidades virtuais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 2-18, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v64n3/v64n3a02.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

LOPES, J. J. B. **Quem sou eu (s) em ti? A tácita alteridade na automutilação**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/2311>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LOURENÇO, V. S. G. **Para uma compreensão dos comportamentos de automutilação**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada), Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/4725>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica** 5. ed. Atlas: São Paulo, 2003.

MARRIEL, L. C. et al. Violência escolar e autoestima de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 127, p. 35-50, abr., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n127/a0336127.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

NASCIMENTO, I. P. As representações sociais do projeto de vida dos adolescentes: um estudo psicossocial. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 14-15, p. 265-283, 2002.

NOBRE, C. S. **Violência interpessoal entre escolares de fortaleza: análise situacional de vítimas, agressores e observadores**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 114, n. 1, 140-146, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15709820/>. Acesso em: 4 jun. 2020.

NOCK, M. et al. *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. **Psychiatry Research**, v. 144, n. 1, p. 65–72, 2006. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.496.7226&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

NOCK, M. K. Self-Injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, n.1, 339–363, 2010. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>. Acesso em: 08 jun. 2020.

NUNES, C. P. S. **Auto dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do Questionário de Impulso, Auto dano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A)**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação). Universidade dos Açores, Açores. Disponível em: <<https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugaISousaNunes2013.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

OZELLA, S. (Org.). **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, ago., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

REIS, Dener Carlos dos et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. vol.21, n.2, pp. 586-594, 2013.

RINHEL-SILVA, C. M.; CONSTANTINO, E. P.; RONDINI, C. A. Família, adolescência e estilos parentais. **Estudo Psicologia**. (Campinas), Campinas, v. 29, n. 2, p. 221-230, jun., 2012.

ROSA, N. B. K. O uso da Internet como espaço terapêutico. **Cadernos do Aplicação**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, jul./dez., 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/CadernosdoAplicacao/article/view/34795/23005>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SALVO, C. G. **Práticas educativas parentais e comportamentos de proteção e risco à saúde em adolescentes**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-30032010-141310/publico/DeSalvo_DO.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais (IEP) – Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 25, n. 48. jan. /mar, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/37686613_INVENTARIO_DE_ESTILOS_PARENTAIS_IEP_Gomide_2006_PERCURSO_DE_PADRONIZACAO_E_NORMATIZACAO. Acesso em: 16 nov. 2018.

SANTANA, M. A. O. **A violência sexual na perspectiva de alunos adolescentes e professores das escolas Públicas de Feira de Santana - BA**. 2008. [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Feira de Santana.

SANTOS, L. C. S.; FARO, A. Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 5-14, abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2020.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a22v08n1.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 101-108, jan. /mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/13.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23 n. 4, p. 386-386, out. /dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n4/03.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

SILVA, I. N. D. H. **A qualidade de vinculação aos pais e aos pares, os comportamentos auto-lesivos e a ideação suicida nos adolescentes**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da vida. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/6337>. Acesso em: 16 out. 2018.

SILVA, M. F. A.; SIQUEIRA, A. C. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, 2017.

SIMIONI, André Rafael. **Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna**. 2017. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158643/001022117.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

STEINBERG, L. *We Know Some Things: Parent–Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect*. **Journal of Research on Adolescence**, v. 11, n. 1, p. 1-19, 2001. Disponível em: <http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/349/967/steinberg-2001.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

TOME, G. et al. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: Modelo explicativo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 23-34, Mar., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

TOMÉ, G. et al. A influência da comunicação com a família e grupo de pares no bem-estar e nos comportamentos de risco nos adolescentes Portugueses. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 747-756, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285927741_A_Influencia_da_Comunicacao_com_a_Familia_e_Grupo_de_Pares_no_Bem-Estar_e_nos_Comportamentos_de_Risco_nos_Adolescentes_Portugueses_The_Influence_of_Communication_with_Family_and_Peer_Group_on_Well-Bei>. Acesso em: 16 nov. 2018.

VALENTINI, Felipe; ALCHIERI, João Carlos. Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 2, n. 2, p.113-123, ed., 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2018.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica Para a Área de Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WELCH, S. S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv.*, v. 52, n. 3, p. 368-375, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11239107/>. Acesso em: 02 jun. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics**, 2014. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 04 jun. 2018.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) responsável,

Você está sendo convidado (a), junto com seu (sua) filho (a), para participar da pesquisa “**ESTILOS PARENTAIS ASSOCIADO A AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES EM ESCOLAS PÚBLICAS DE FEIRA DE SANTANA**”, desenvolvida por Lívia Caroline Leite Silva, discente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob orientação da Professora Dra. Rosely Cabral de Carvalho. O objetivo principal deste estudo é analisar traçar um quadro sobre a presença de comportamentos de automutilação em adolescentes em escolas públicas de Feira de Santana. O convite a sua participação se deve ao fato de seu (sua) filho (a) possuir, no momento, idade entre 13 e 17 anos e, estar matriculado em instituição escolar pública. Sua participação é voluntária, você tem plena liberdade para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não sofrerá nenhuma punição caso decida não participar, ou desistir da pesquisa. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações que serão informadas prestadas pelo seu (sua) filho (a) e não haverá nenhuma identificação na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações aos pesquisadores sobre a participação de seu (sua) filho (a) e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo, que será assinado por você. A aplicação dos questionários ocorrerá na própria escola que o adolescente estuda no seu turno de matrícula. Ressaltamos que o benefício decorrente da colaboração do (a) seu (sua) filho (a), favorecerá a compreensão em relação às motivações dos comportamentos de automutilação, a idade, o relacionamento familiar dos adolescentes, possibilitando o desenvolvimento de propostas de promoção da saúde, tratamento desses comportamentos na escola e família. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo e não há compensação financeira relacionada à participação de seu (sua) filho (a). É possível ocorrer algum desconforto, constrangimento, ansiedade quanto perguntas relacionadas a esse tipo de comportamento e sobre as relações de seu (sua) filho (a) na escola e família. A fim de minimizar esses riscos contaremos com uma equipe de psicólogos e estagiários de Psicologia, preparados a oferecer escuta e atendimento a essas situações desconfortáveis. Os resultados desta pesquisa serão divulgados relatórios individuais direcionados aos responsáveis dos adolescentes, artigos científicos, congressos e na dissertação/tese.

Declaro que entendi os objetivos e condições da participação do meu (minha) filho (a) na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do adolescente participante:

Assinatura do responsável pelo menor participante da pesquisa

Pesquisadoras responsáveis: Prof. Dra. Rosely Cabral de Carvalho e Esp. Lívia Caroline Leite Silva
E-mail: lyacaroline@yahoo.com.br ou roselycarvalho056@gmail.com

Endereço:

_____, _____ de _____ 2019.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

**APÊNDICE B:
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Estilos parentais e automutilação em adolescentes em escolas públicas de Feira de Santana, desenvolvida por Lívia Caroline Leite Silva, discente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob orientação da Professora Dra. Rosely Cabral de Carvalho. Seus pais ou responsáveis permitiram que você participe. Nesta pesquisa pretendemos traçar um quadro sobre a presença de comportamentos de automutilação em adolescentes em escolas públicas de Feira de Santana. O convite a sua participação se deve ao fato de seu (sua) filho (a) possuir, no momento, idade entre 13 e 17 anos e, estar matriculado em instituição escolar pública. Sua participação é voluntária, você tem plena liberdade para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. A pesquisa será feita na escola que você estuda e você irá responder a três questionários auto aplicados com diferentes conteúdos. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Essa pesquisa apresenta algumas coisas boas, o seu relato favorecerá a compreensão em relação às motivações dos comportamentos de automutilação, a idade, o relacionamento familiar dos adolescentes, possibilitando o desenvolvimento de propostas de promoção da saúde, tratamento desses comportamentos na escola e família. É possível ocorrer algum desconforto, constrangimento, ansiedade devido ao retorno de questões de sofrimento ao responder perguntas relacionadas ao tema automutilação e relações familiares. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar no momento ou pelos telefones que tem no final do texto, contaremos com uma equipe de psicólogos e estagiários de Psicologia, preparados a oferecer escuta a você e de atendimento a essas situações desconfortáveis quando presentes. Os resultados desta pesquisa serão divulgados relatórios individuais direcionados aos responsáveis dos adolescentes, artigos científicos, congressos e na dissertação/tese.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa Estilos parentais e automutilação em adolescentes em escolas públicas de Feira de Santana. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer, que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Feira de Santana, ____ de _____ de _____.

Assinatura do menor



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

APÊNDICE C
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (sigla): _____

Escola _____

Turno: _____ **Sala:** _____

CP. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

CP 1. Qual sua idade? _____

CP 2. Sexo:

- (1) Feminino
- (2) Masculino
- (3) Não respondeu

CP 3. Qual escolaridade?

- (1) 6º ano
- (2) 7º ano
- (3) 8º ano
- (4) 9º ano
- (5) 1º ano do Ensino Médio
- (6) 2º ano do Ensino Médio
- (7) 3º ano do Ensino Médio
- (8) Não respondeu

CF. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

CF 1. No que seu pai trabalha? _____

CF1.1 (1) Não sabe

CF 2. No que sua mãe trabalha? _____

CF2.1 (1) Não sabe

CF 3. Qual o nível de escolaridade do seu pai?

- (1) Não sabe ler nem escrever
- (2) Sabe ler e escrever, sem ter frequentado a escola
- (3) Ensino Fundamental incompleto
- (4) Ensino Fundamental completo (fez até 5ºano)
- (5) Ensino médio incompleto
- (6) Ensino médio completo (Terminou o colégio)
- (7) Ensino Superior incompleto
- (8) Ensino Superior completo (Fez faculdade)
- (9) Não sabe

CF 4. Qual o nível de escolaridade da sua mãe?

- (1) Não sabe ler nem escrever
- (2) Sabe ler e escrever sem ter frequentado a escola
- (3) Ensino Fundamental incompleto
- (4) Ensino Fundamental completo (fez até 5ºano)
- (5) Ensino médio incompleto
- (6) Ensino médio completo (Terminou o colégio)
- (7) Ensino Superior incompleto
- (8) Ensino Superior completo (Fez faculdade)
- (9) Não sabe

CF 5. Seus pais são?

- (1) Solteiros
- (2) Divorciados/Separados

- (3) Viúvo (a)
- (4) Casados/União estável
- (5) Não sabe

SF. SATISFAÇÃO NA FAMÍLIA**SF 1. Quando estou com minha família me sinto:**

- (1) Sozinho
- (2) Excluído
- (3) Ansioso
- (4) Irritado
- (5) Feliz
- (6) À vontade
- (7) Entusiasmado
- (8) Amado
- (9) Não sabe

IC. IMAGEM CORPORAL**IC 1. Quanto ao seu corpo, você se considera:**

- (1) Muito magro(a)
- (2) Magro(a)
- (3) Normal
- (4) Gordo(a)
- (5) Muito Gordo (a)
- (6) Não sabe

IC 2. NOS ULTIMOS 30 DIAS, você vomitou ou tomou remédios para perder peso ou evitar ganhar peso, sem acompanhamento médico?

- (1) Sim
- (2) Não

AC. AUTOCONCEITO**AC 1. Como você se vê (Pode marcar mais de uma resposta):**

- (1) Considero-me mais esperto da classe
- (2) Faço coisas que não gosto para agradar meus colegas/amigos
- (3) Meus colegas/amigos precisam me aceitar como sou
- (4) Fico alegre e contente quando estou com meus irmãos
- (5) Acho que sou o pior da turma
- (6) Sinto-me mais esquisito que os outros
- (7) Sinto que não consigo ajudar meus amigos
- (8) Quando erro sinto-me muito mal
- (9) Acho que sou muito preocupado
- (10) Tenho muitos problemas
- (11) Não sabe

AC 1.1 Você gostaria de mudar alguma característica de personalidade?

- (1) Sim _____
- (2) Não
- (3) Não sabe

SE. SATISFAÇÃO NA ESCOLA**SE 1. Quando estou na escola me sinto:**

- (1) Sozinho
- (2) Excluído
- (3) Ansioso
- (4) Irritado
- (5) Feliz
- (6) À vontade
- (7) Entusiasmado

RE. RELACIONAMENTO ENTRE ESCOLARES

RE 1. Nas duas últimas semanas você sofreu alguma ou algumas das situações citadas abaixo, por parte de colegas, ou por outras pessoas, na escola? (Pode marcar mais de uma resposta).

- (1) Bateram em mim
- (2) Ameaçaram-me
- (3) Excluíram-me do grupo
- (4) Fizeram intrigas/fofocas/calúnias/rumores a meu respeito
- (5) Outras agressões e perseguições
- (6) Não vivenciei nenhuma destas situações nas últimas duas semanas

RE 2. Quantas vezes você viveu essas situações nas últimas duas semanas?

- (1) Nenhuma vez
- (2) 1 vez
- (3) 2 vezes
- (4) 3 vezes
- (5) Mais de 3 vezes

RE 3. Em sua opinião, quais as razões/motivos que levam essa pessoa ou pessoas a lhe agredir ou ter este comportamento (Pode marcar mais de uma resposta)?

- (1) Ele(a) está se vingando
- (2) Ele(a) me despreza
- (3) "Brincadeira"
- (4) Ele(a) estava irritado (a)
- (5) Minha aparência física (gordo (a), magro (a), usa óculos, alto (a), baixo (a), nariz grande etc...)
- (6) Não sabe
- (7) Não se aplica

QIAIS-A*

(Castilho, P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012)

Este questionário destina-se a avaliar comportamentos impulsivos, de auto-dano e pensamentos suicidas.

Abaixo você encontrará algumas afirmações que mostram como os adolescentes por vezes se sentem. Por favor, leia cada frase com atenção e marque a resposta que melhor se adapta a você. Não existem respostas certas ou erradas.

Nunca acontece
comigo
0

Acontece-me
algumas vezes
1

Acontece-me
muitas vezes
2

Acontece-me
sempre
3

A. IMPULSO

	0	1	2	3
1. Faço coisas sem pensar nas consequências.				
2. Os outros dizem que ando “a mil por hora”.				
3. Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.				
4. Perco a paciência muitas vezes.				
5. Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.				
6. Termino as tarefas que começo.				
7. É difícil para mim controlar as emoções.				
8. Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.				
9. Gosto de planejar o que faço com tempo.				
10. Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.				
11. Para mim é difícil ficar quieto.				
12. Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex: álcool, comida, jogo).				

13. Sou cuidadoso (a).				
14. Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e punido.				
15. É fácil concentrar-me.				
16. É difícil esperar numa fila				

B. AUTODANO

	0	1	2	3
1. Machuco-me (física e emocionalmente) voluntariamente, isto é, de propósito .				
2. Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com manchas roxas, etc).				
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito .				
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito . (almofada, por exemplo).				
5. Corto certas partes do meu corpo de propósito . (com lâminas, tesouras, facas, etc.).				
6. Queimo certas partes do meu corpo de propósito . (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).				
7. Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo de propósito .				
8. Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito .				
9. Abuso excessivamente de álcool.				

10. Abuso excessivamente de drogas leves.				
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar “entorpecido”).				
12. Abuso de laxantes.				
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).				
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem proteção, etc.).				

Outros comportamentos _____

Se **respondeste 0** a todas as questões anteriores passa para a **pergunta D** (ideação suicida). Se tens alguma **resposta com 1 ou mais continua por favor.**

Esta parte do questionário destina-se a compreender melhor o comportamento de auto-agressão sem intenção suicida. Você irá encontrar algumas afirmações que podem mostrar a utilidade que este comportamento tem para você.

C. FUNÇÕES

	SIM	NÃO
1. Quando me machuco procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.		
2. Machuco-me para não me sentir aborrecido ou entediado.		
3. Machuco-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.		
4. Machucar-me ajuda a não me sentir ansioso e preocupado.		
5. Machucar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).		
6. Quando me machuco procuro deixar de me sentir culpado.		
7. Machuco-me para me sentir menos inferior.		
8. Quando me machuco procuro castigar-me.		
9. Machucar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.		
10. Machuco-me para me lembrar que sou mau, que não presto.		

11. Machucar-me ajuda a auto-controlar.		
12. Machucar-me ajuda a acalmar.		
13. Machuco-me para aliviar as emoções negativas que sinto.		
14. Machucar-me ajuda a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).		
15. Machucar-me ajuda a saber melhor o que sinto.		
16. Machuco-me para chamar a atenção dos outros.		
17. Machucar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.		
18. Machucar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas .		
19. Machuco-me para conseguir sentir alguma coisa.		
20. Machucar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.		
21. Machuco-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.		
22. Machuco-me para me vingar dos outros.		
23. Machuco-me para não magoar os outros.		
24. Machuco-me para me proteger das agressões dos outros.		
25. Machuco-me para criar uma barreira entre mim e os outros.		
26. Machucar-me ajuda a não pensar em nada.		
27. Machucar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.		
28. Machucar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.		
29. Machuco-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.		
30. Machuco-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.		
31. Machucar-me dá-me gozo e prazer.		

D. IDEAÇÃO SUICIDA

Ideação Suicida Nunca acontece Comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3
--	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------

	0	1	2	3
1. Já houve momentos em que pensei que queria me matar.				
2. Há momentos em que penso que não tenho futuro nem saída.				
3. Há momentos em que gostava de desaparecer.				