

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA E SAÚDE**



**Mara Cristiane von Mühlen**

**Prevalência e fatores associados à  
automutilação não suicida entre  
adolescentes da rede pública  
municipal de Montenegro/RS**

**Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre**

Porto Alegre

2019

**Mara Cristiane von Mühlen**

**Prevalência e fatores associados à  
automutilação não suicida entre  
adolescentes da rede pública  
municipal de Montenegro/RS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheila Gonçalves Câmara

Porto Alegre

2019

von Mühen, Mara Cristiane

Prevalência e fatores associados à automutilação não suicida entre adolescentes da rede pública municipal de Montenegro/RS / Mara Cristiane von Mühen. -- 2019.

119 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, 2019.

Orientador(a): Sheila Gonçalves Câmara.

1. Automutilação não suicida. 2. Adolescentes. 3. Saúde mental. I. Título.

**Prevalência e fatores associados à automutilação não suicida entre  
adolescentes da rede pública municipal de Montenegro/RS**

**BANCA AVALIADORA**

---

Dr.<sup>a</sup> Carolina Saraiva de Macedo Lisboa  
Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (PUC/RS)  
PPG em Psicologia – Escola de Ciências da Saúde  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS)

---

Dr.<sup>a</sup> Joana Bücken  
Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (UFRGS)  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES)

---

Dr. Ygor Arzeno Ferrão  
Doutor em Psiquiatria (USP)  
Departamento de Clínica Médica - PPG Ciências da Saúde e PPG de Psicologia e  
Saúde  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Porto Alegre

2019

### **Dedicatória**

Dedico a todos os adolescentes, com o desejo de que nunca percam a capacidade de questionar o que está posto no mundo e, em especial, a todas as Clarisses de Renato Russo.

## AGRADECIMENTOS

A tela se mantém branca enquanto analiso a quem agradecer. São tantas pessoas e tantas energias envolvidas que a vontade que tenho e dizer: obrigada a todos e a tudo. Mas não caberia, assim como nem sempre cabe escrevermos tudo o que temos vontade.

Agradeço a Deus, ou seja lá qual nome se possa dar à energia criadora do Universo e da Vida, a quem (ou a quê) sou grata, eternamente grata, por tudo que me tem proporcionado conquistar.

Aos meus pais, Arno (*in memorian*) e Ivoni, e a minha mãe de coração, Naura (*in memorian*), pelos quais eu sou.

Aos meus filhos, Felipe, Mateus, Fernanda, Augusto e Carolina, pelos quais eu procuro ser.

À Sheila, minha orientadora, por ter me contaminado com o vírus que faz amar a pesquisa, por ter confiado em mim, por ter me estimulado desde quando eu era a “sargento” e ela, a “capitã”, na disciplina de Pesquisa em Psicologia na Ulbra, em 2011.

Ao meu querido amigo e mentor, Dr. Kischlat, pelas incontáveis palavras de estímulo diante da minha exaustiva, animada e, por vezes, cansativa fala sobre automutilação, sobre adolescência e sobre as dificuldades de uma mestranda.

A minha amiga Regina, por ter feito eu me perceber melhor do que imaginava ser.

Ao meu amigo, José Abreu, amigo de tantos anos, que ensinou a olhar para mim mesma com olhos mais generosos e menos críticos.

Aos meus professores da graduação, Dr. André Vieira e Dr<sup>a</sup> Lígia Schermann pelas cartas de apresentação ao PPG.

Aos meus psicofilhos, Lidiani, Guilherme, Jéssica e Cláudia, pelo carinho em toda a jornada acadêmica.

Aos parceiros da coleta de dados, Mari, Cristiane, Rosa, Luiza, Fernanda, Teresinha e Augusto, e aos os que ajudaram a digitar o banco de dados: Augusto, Fernanda, Carolina e Samanta.

À secretária de educação, Sr.<sup>a</sup> Rita Carneiro, à toda equipe da Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Montenegro, aos diretores e aos professores das escolas pesquisadas.

E, aos adolescentes que permitiram que eu acessasse seu universo tão íntimo e, por vezes, permeado de dor e sofrimento.

Muito obrigada!

### **Epígrafe**

De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos começando, a  
certeza de que é preciso continuar e, a  
certeza de que podemos ser  
interrompidos antes de terminar.  
Façamos da interrupção um caminho  
novo, da queda, um passo de dança, do  
medo, uma escada, do sonho, uma  
ponte e da procura, um encontro!

Fernando Sabino

## RESUMO

O surgimento e a crescente prevalência conhecida da automutilação não suicida, seja em contextos clínicos ou não clínicos - é, em parte, um fenômeno de desenvolvimento. Aspectos do comportamento (por exemplo, redução imediata do estresse), o indivíduo (por exemplo, dificuldades que regulam a emoção e o enfrentamento do estresse) e o ambiente (por exemplo, reforço social) durante esse período de desenvolvimento resultaram em sua disseminação. Vários estudos constataram a co-ocorrência entre lesões de automutilação e outras variáveis de interesse, como abusos na infância, relacionamento familiar não satisfatório, estratégias de *coping* mal-adaptativas e estresse interpessoal. A automutilação não suicida tem atingido altas prevalências em diversos países do mundo, associadas a diversos fatores psicossociais, tornando-a um tema de importância para a saúde pública em âmbito mundial. Esta dissertação aborda o tema mediante dois estudos: (1) busca sistemática da literatura internacional que apresenta uma visão ampla sobre prevalências e fatores associados à automutilação não suicida entre adolescentes de amostras comunitárias, conduzida no mês de abril de 2019, na *Web of Science*, *PsycInfo*, *Academic Research Complete*, *Medline Complete* e *Pubmed*, utilizando-se a combinação “*nonsuicidal self-injury and adolescents*”. Artigos em inglês publicados entre março de 2009 e março de 2019 foram analisados com base em critérios de inclusão/exclusão definidos a *priori*. Foram selecionados 20 estudos transversais (prevalências de 6,13 a 31,3%) e 20 estudos longitudinais (prevalências de 5,16 a 41,6%, em T1; e, de 5,13 a 46,6%, em T final), sendo os fatores associados classificados em sociodemográficos, individuais e de manejo de problemas e de emoções, psicossociais relacionais e, disposicionais. E, (2) pesquisa empírica, de base escolar, no município de Montenegro, RS, que investigou prevalência de automutilação não suicida e a contribuição de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, escolaridade dos pais, religião, prática da religião e classificação econômica); variáveis individuais e de manejo emoções e de problemas (estratégias de *coping* e de regulação emocional; variáveis psicossociais relacionais (comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus-tratos e habilidades sociais interpessoais); e variáveis disposicionais (Transtornos mentais comuns e afetos positivos e negativos). A pesquisa foi realizada com adolescentes escolares do quinto ao nono ano do ensino fundamental, matriculados na rede pública municipal (n=878). Foram utilizados: Inquérito sociodemográfico; Critério de Classificação Econômica Brasil; Escala de automutilação não suicida; Questões sobre ideação, planejamento e tentativa de suicídio; *General Health Questionnaire* – 12 itens; Escala Brasileira de *Coping* para Adolescentes (versão revisada); Escala de Afetos Positivos e Negativos; *Trait meta-mood scale-24*; Facilidade de comunicação com as pessoas; Escala de estresse interpessoal; Questionário sobre Traumas na Infância; e, Escala de habilidades sociais interpessoais. A análise de regressão logística hierárquica demonstrou que apresentam mais chances de automutilação não suicida adolescentes de 13 a 17 anos, de classificação econômica A e B, com ausência de prática religiosa, pouca clareza e pouca reparação emocional, com maior dificuldade na comunicação com pessoas de referência, maior estresse interpessoal, presença de Transtornos mentais comuns e maior experiência de afetos negativos. O estudo visa a subsidiar futuras ações de prevenção e promoção da saúde nessa população.

Palavras-chave: Automutilação não suicida; Adolescentes; Fatores associados.

## ABSTRACT

The emergence and the well known increasing prevalence of the nonsuicidal self-injury, either in clinical or non-clinical contexts – are partially a development phenomenon. Aspects of behavior (such as, immediate stress reduction), the individual (for example - difficulties regulating emotion and coping with stress) and the environment (eg., social reinforcement) during this developmental period have resulted in its spread. Several studies have found co-occurrence between self-harm injuries and other variables of interest, such as childhood abuse, unsatisfactory family relationships, maladaptive coping strategies, and interpersonal stress. Nonsuicidal self-injury has reached high prevalence in many countries around the world, being associated with various psychosocial factors, turning it a subject of great importance of public health worldwide. This dissertation addresses the matter through two studies: (1) a systematic search of the international literature that presents a broad view on the prevalence and factors associated with nonsuicidal self-injury among adolescents from community samples, conducted in April 2019, on Web of Science, PsycInfo, Academic Research Complete, Medline Complete and Pubmed, using the combination of words “nonsuicidal self-injury and adolescents”. Articles published in English published between março 2009 and march 2019 have been analysed based on the inclusion/exclusion criteria which were determined a previously. It has been selected 20 transversal studies (prevalence of 6,13 to 31,3%) and 20 longitudinal studies (prevalence rate of 5,16 to 41,6%, at T1; and, of 5,13 to 46,6%, in final T) the associated factors are classified as sociodemographic, individual and problem and emotion management, relational psychosocial and dispositional. And, (2) a school based empirical research in Montenegro-RS which investigated nonsuicidal self-injury prevalence and the contribution of sociodemographic variables (gender, age, race/color, parental education, religion, religious practice and economic class); individual emotion and problem management variables (coping and emotional regulation strategies, relational psychosocial variables (communication with referrals, interpersonal stress, maltreatment, and interpersonal social skills); and dispositional variables (common mental disorders and positive and negative affects). The research has been done with adolescents attending from the 5<sup>th</sup> to the 9<sup>th</sup> grades, who were enrolled at municipal public schools (n=878). For the purpose of this research the following criteria were used: Sociodemographic survey; Brazil Economic Classification Criteria; Nonsuicidal self-injury scale; Reasoning questions, suicidal planning and attempt; General Health Questionnaire – 12 items; Brazilian Coping Scale for adolescents (revised version); Positive and Negative Affect scale; Trait meta-mood scale-24; Easiness to communicate with people; Interpersonal stress scale; Childhood Trauma Questionnaire; and, Interpersonal social skills Scale. Hierarchical logistic regression analysis showed that 13 to 17-year-old adolescents with economic classification A and B, with no religious practice, little clarity and little emotional repair, with greater difficulty in communicating with people of reference, greater interpersonal stress, presence of common mental disorders and greater experience of negative affects were more likely to present nonsuicidal self-injury characteristics. The study aims at subsidizing future actions of health prevention and promotion in this population.

Key-words: Nonsuicidal self-injury; Adolescents; Associated Factors.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Critérios de seleção dos estudos .....	32
Figura 2- Razões para exclusão .....	33
Figura 3- Modelo de análise hierarquizada de determinação de automutilação não suicida entre adolescentes escolares .....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estudos transversais, distribuídos por referência, amostra, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20). .....	34
Tabela 2- Estudos longitudinais, distribuídos por referência, amostra, idade, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20). .....	40
Tabela 3- Características sociodemográficas dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018. ....	69
Tabela 4- Variáveis individuais de manejo de problemas e emoções dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018 .....	70
Tabela 5- Variáveis psicossociais relacionais dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018. ....	71
Tabela 6- Variáveis emocionais sobre transtornos mentais comuns e afetos dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018.....	72
Tabela 7- Modelo hierarquizado de características sociodemográficas, variáveis individuais de manejo de problemas e de emoções, variáveis psicossociais relacionais e, variáveis disposicionais dos adolescentes escolares com AMNS (n=473) e sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018. ....	73
Tabela 8- Comparativo das prevalências e dos fatores associados da revisão sistemática e da pesquisa com os adolescentes montenegrinos .....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP- Associação brasileira de empresas de pesquisa  
AMNS- Automutilação não suicida  
APA- *American Psychiatric Association*  
CCEB- Critério de Classificação Econômica Brasil  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS- Conselho Nacional de Pesquisa  
CTQ- *Childhood Trauma Questionnaire*  
DASI- *Drug, alcohol and self-injury questionnaire*  
DIB-R- *Revised Diagnostic Interview for Borderlines*  
DSHI- *Deliberate Self-Harm Inventory*  
DSHI-9r- *Deliberate Self-Harm Inventory, 9-item version*  
EBCA- Escala Brasileira de *Coping* para Adolescentes  
FASM- *Function of Self-Mutilation*  
GHQ- *General Health Questionnaire*  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IC- Intervalo de Confiança  
ISAS- *Inventory of Statements about Self-Injury*  
ISAS-I- *Inventory of Statements about Self-Injury-I*  
OR- *Odds Ratio*  
OSI- *Ottawa Self-Injury Inventory*  
PRISMA- Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Metanálises  
QUESI- Questionário Sobre Traumas na Infância  
SHQB- *Self-Harm Behavior Questionnaire*  
SHQB-A *Self-Harm Behavior Questionnaire-Part A*  
SI-IAT- *Self-Injury Implicit Association Test*  
SIQ-R- *The Self-injury Questionnaire—Treatment Related*  
SMEC- Secretaria Municipal de Educação e Cultura  
SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*  
TALE- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TMC- Transtornos Mentais Comuns  
TMMS- *Trait meta-mood scale*  
UFCSPA- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	14
2.1 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA .....	14
2.2 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E A REGULAÇÃO EMOCIONAL .....	18
2.3 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E ESTRESSE INTERPESSOAL.....	19
2.4 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> .....	20
2.5 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E MAUS-TRATOS.....	21
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	22
3.1 OBJETIVO GERAL .....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
<b>4 ARTIGOS</b> .....	29
4.1 ARTIGO 1.....	29
4.2 ARTIGO 2.....	54
<b>5 CONCLUSÃO GERAL</b> .....	86
<b>APÊNDICES</b> .....	90
<b>APÊNDICE A:</b> Instrumentos elaborados para o estudo .....	90
<b>APÊNDICE B:</b> Termo de anuência da Secretaria Municipal da Educação e Cultura de Montenegro/RS para a realização do estudo .....	93
<b>APÊNDICE C:</b> Termo de Assentimento Livre e Esclarecido .....	94
<b>APÊNDICE D:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
<b>ANEXOS</b> .....	97
<b>ANEXO A:</b> Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....	97
<b>ANEXO B:</b> Escala Brasileira de <i>Coping</i> para Adolescentes (Versão Revisada) .....	98
<b>ANEXO C:</b> <i>Trait meta-mood scale</i> (TMMS-24) .....	99
<b>ANEXO D:</b> Comunicação com as pessoas .....	100
<b>ANEXO E:</b> Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) .....	101
<b>ANEXO F:</b> <i>General Health Questionnaire</i> – 12 itens (GHQ-12).....	102
<b>ANEXO G:</b> Escala de Afetos .....	103
<b>ANEXO H:</b> Parecer Consubstanciado do CEP .....	104
<b>ANEXO I:</b> Normas de formatação da revista Arquivos Brasileiros de Psicologia .....	109
<b>ANEXO I:</b> Normas de formatação da revista Psicologia: Ciência e Profissão .....	116

## 1 INTRODUÇÃO

A automutilação não suicida (AMNS) tem sido referida como o problema comportamental adolescente de mais rápido crescimento, com média de idade de início entre 11 e 15 anos (WHITLOCK; POWERS; ECKENRODE, 2006). Os comportamentos de AMNS são entendidos como aqueles em que o adolescente provoca lesões em si mesmo, de modo intencional, sem o componente da ideação suicida (BROW; PLENER, 2017; *INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF SELF-INJURY*, 2018), excluindo-se os comportamentos socialmente aceitos, como tatuagens e *piercings* (NOCK, 2010).

Já estabelecida como um comportamento de risco dentro de ambientes clínicos e educacionais, a AMNS está rapidamente se tornando um problema na sociedade em geral (PLENER et al., 2018). Dentro das escolas, a AMNS foi descrita como uma “crise escolar silenciosa”, refletindo conhecimento insuficiente, confusão, falta de intervenções efetivas e a tendência de os jovens e adultos evitarem lidar diretamente com a questão (CARLSON et al., 2005). Não é possível afirmar se os dados sobre AMNS indicam aumento de sua prevalência ou se isso se deve à maior divulgação devido à recente atenção da mídia (SILVA; SIQUEIRA, 2017). No entanto, escolas (WANG et al., 2016), hospitais, institutos de saúde mental e relatórios clínicos sugerem que a AMNS entre adolescentes está aumentando (VICTOR et al., 2018). A verdadeira prevalência de AMNS entre adolescentes permanece desconhecida, pois esse comportamento é muitas vezes escondido e difícil de identificar, podendo estar associada a diversos fatores.

Com foco nas prevalências e fatores associados à AMNS na adolescência, esta dissertação foi organizada em uma parte inicial que corresponde a uma breve revisão de literatura acerca dos principais fenômenos abordados. Em seguida, são apresentados dois artigos que correspondem aos dados empíricos referentes aos objetivos do estudo.

O primeiro artigo diz respeito à busca de estudos, de forma sistemática, sobre a prevalência e os fatores associados à AMNS, nas bases de dados *Web of Science*, *PsycInfo*, *Academic Research Complete*, *Medline Complete* e *Pubmed*, utilizando-se a combinação “*nonsuicidal self-injury and adolescents*”. A busca foi realizada no mês de abril de 2019, e uma vez aplicados os critérios de inclusão e exclusão definidos a *priori*, 40 artigos foram considerados pertinentes ao estudo. Foram seguidos os passos do *check list*: Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises (PRISMA) (LIBERATI et al., 2009).

O segundo artigo corresponde à pesquisa intitulada “Prevalência e fatores associados à automutilação não suicida entre adolescentes da rede pública municipal de Montenegro/RS”, que teve como objetivo principal identificar a prevalência e os fatores associados à AMNS entre adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro/RS. Partiu-se da hipótese de que existe um modelo hierárquico de fatores associados à AMNS, sendo as variáveis sociodemográficas as mais proximais, seguidas das variáveis individuais de manejo de problemas e de emoções, das variáveis psicossociais relacionais e das variáveis disposicionais.

Ao final da dissertação é apresentada uma conclusão acerca dos resultados encontrados em ambos os estudos. Essas apontam perspectivas futuras para estudos do fenômeno em estudo, bem como implicações para a prática.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA – CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA

A nomenclatura que diz respeito à AMNS ainda está em processo de construção, não havendo consenso na literatura vigente (GIUSTI, 2013). Assim, diversas são as formas encontradas dentro da literatura para nomear a prática de automutilação (SILVA; SIQUEIRA, 2017). Por exemplo, alguns termos alternativos para automutilação não suicida são autodano deliberado, autolesão e parasuicídio (DURAND; MCGUINNESS, 2015; HEILBRO; PRINSTEIN, 2008; MUEHLENKAMP; BRAUSCH, 2012; NOCK, 2010). Em estudo de revisão, Borges (2012) compilou diversos nomes utilizados, os quais apresentam diferenças em sua conceituação, tais como *self-harm*, *self-injury* e *self-mutilation*. Em países com tradição em estudos sobre a AMNS como Inglaterra e Estados Unidos da América, é traçada uma diferenciação entre *self-harm*, *self-injury* e *self-mutilation*. Os termos *self-harm* e *self-injury* são comumente associados a lesões de menor extensão ou gravidade, enquanto que *self-mutilation* está associado a lesões mais graves e extensas como ferimentos desfigurantes, amputações etc. (ARCOVERDE; SOARES, 2012).

Diferenciações também são encontradas quanto à finalidade do comportamento, *deliberate self-harm* (autolesão deliberada) ou *nonsuicidal self-injury* (autolesão não suicida), sendo *deliberate self-harm* relacionado a todo tipo de autolesão em que se reconhece a dificuldade na definição da intencionalidade do comportamento, e *nonsuicidal self-injury* é relacionada à autolesão focada apenas na destruição do tecido corporal, sem intenção suicida, incluindo tipos de autolesão como cortes e outros comportamentos associados (queimaduras, arranhões etc.). No Brasil, a terminologia comumente utilizada é automutilação para todo o tipo de comportamento autolesivo (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013; SILVA; SIQUEIRA, 2017).

Ao se analisar tal prática, quatro fatores devem ser considerados: intencionalidade; método; letalidade; e, resultado (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013). A intencionalidade é o estado de ânimo para agir de maneira a alcançar determinado objetivo; o método é a forma que o adolescente usa para se automutilar; a letalidade diz respeito ao potencial de perigo de morte associado ao método escolhido (que pode ser classificada em alta ou baixa letalidade); enquanto que o resultado pode ser sobrevivência com ou sem lesões, ou morte (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013). Embora, por definição, a AMNS não tenha a intenção de causar danos letais, as pessoas que

adotam esse comportamento têm risco aumentado de lesão física grave ou morte (GOLDSTEIN et al., 2009; KOENIG et al., 2017).

Pesquisas realizadas em diversos locais do mundo têm apontado prevalências alarmantes de AMNS entre o público adolescente. Na Áustria, Alemanha e Suíça, dos 1.339 adolescentes escolares investigados por Plener et al. (2013), 252 (18,8%) identificaram-se como tendo adotado comportamentos dessa natureza nos seis meses anteriores à pesquisa. Na China foram 15% entre 4.782 adolescentes (YOU; FREEDOM, 2012) e 17% entre 17.622 estudantes que participaram do estudo de Wan et al. (2015). Nos Estados Unidos da América (EUA), 17% foi a prevalência encontrada em pesquisa envolvendo 284 adolescentes (MUEHLENKAMP; BRAUSCH, 2012); 21,1% entre 373 adolescentes, em pesquisa de Braush e Gutierrez (2010); 27,6% entre 12.068 adolescentes investigados por Brunner et al. (2014); 30,7%, entre 150 estudantes (CLAES et al., 2010); 33,3% entre 211 adolescentes pesquisados por Howe-Martin, Murrel e Guarnaccia (2012); e, 19,3% dos meninos e 22,2% das meninas, em uma amostra de 348 adolescentes, no estudo de Giletta et al. (2013).

Na Finlândia, 10,7% entre 4.109 adolescentes (LAUKKANEN et al., 2013); em Hong Kong, 19,7% entre meninas e 13,4% entre meninos de um total de 2.317 adolescentes (CHEUNG et al., 2013). Na Inglaterra, 15% entre 3.964 adolescentes (STALLARD et al., 2013); 8,18%, entre 1.627 adolescentes investigados por Moran et al. (2015); e, 27%, entre 490 adolescentes na pesquisa de Mikolajczak, Petrides e Hurry (2009). Em Portugal, 21,7% entre 782 adolescentes (XAVIER; PINTO GOUVEIA; CUNHA, 2016) e, na Suécia (ZETTERQVIST et al., 2013) um alarmante 35,6%, entre 3.060 adolescentes escolares. Na Turquia, 14,38%, entre 4.957 estudantes (EVREN et al., 2014) e também 29% em estudo entre 1.676 adolescentes realizado por Somer et al. (2015).

Portanto, é possível perceber - em estudos que abrangem diversos contextos, que são preocupantes as prevalências de AMNS, que se caracteriza por um comportamento que denota um cunho de significativa dor emocional (NOCK, 2010). Adolescentes se envolvem em AMNS em uma frequência muito maior do que os pais e os cuidadores podem estimar (DURAND; MCGUINNESS, 2015). Há estimativas de que 6% dos adultos, 15% dos estudantes universitários e 21% dos adolescentes se envolveram em comportamentos automutilantes pelo menos uma vez durante a vida (WHITLOCK et al., 2006; WHITLOCK et al., 2011).

Ressalta-se a importância da inserção num grupo de pares em que esses comportamentos são divulgados e difundidos. Isso pode ter como consequência a experimentação de uma estratégia que alguém já experimentou como eficaz. Da mesma

forma, sua utilização pode contribuir para uma maior aceitação pelo grupo (HEILBRON; PRINSTEIN, 2008). Outro ponto que merece destaque é que grande parte dos adolescentes que se automutilam não busca ajuda. Em Portugal, um relatório de investigação sobre comportamentos autolesivos em adolescentes foi realizado por Guerreiro, Sampaio e Figueira (2014) apontou a escassez de comportamentos de pedido de ajuda. O relatório aponta que a grande maioria dos jovens com estes comportamentos negou ter falado com alguém ou ter pedido ajuda, mantendo segredo sobre o comportamento, o qual não foi detectado pelos pais, pares ou serviços de saúde. Na amostra avaliada nesse estudo, apenas 19% dos adolescentes referiu ter pedido ajuda previamente a amigos ou familiares, enquanto que após o comportamento, 37% admitiu ter pedido ajuda. Do total que se automutilava, 13% buscou ajuda em hospitais, sendo que a impulsividade se mostrou presente, pois mais de 50% referiu que a decisão de se automutilar foi tomada em menos de uma hora (GUERREIRO et al., 2014).

Nock (2010) afirmou, por meio de uma teoria social, que esse comportamento autodestrutivo sem intencionalidade suicida pode ser repetido após uma primeira ocorrência, pois é uma forma eficaz de comunicar, influenciar e conectar com outras pessoas em diferentes contextos de vida. Ocorre, sobretudo, quando as tentativas menos extremas de comunicação não atingem os objetivos (NOCK et al., 2008).

Logo após a automutilação, o adolescente sente alívio, um sentimento instantâneo e imediato ocasionado pela liberação da endorfina, o que acaba por diminuir a tensão que comumente antecede à prática (SOMER et al., 2015). Assim, a AMNS se dá depois de um evento estressor e é uma estratégia utilizada para lidar com os afetos negativos sentidos naquele momento pelo adolescente, ou seja, os adolescentes que se ferem de forma intencional relatam que a AMNS traz alívio à angústia emocional (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013; MESQUITA et al., 2011; NOCK, 2010).

As razões pelas quais as pessoas se machucam diferem de uma para outra e múltiplas motivações podem coexistir (NOCK, 2010). No entanto, parece que a AMNS é mais frequentemente motivada pela necessidade de regular os afetos negativos (MUEHLENKAMP et al., 2013; NOCK, 2010), punir-se (BALTAZAR, 2009; MUEHLENKAMP et al., 2013) ou evitar punições (BROWN; PLENER, 2017; DURAND; MCGUINNESS, 2015; GUERREIRO et al., 2014; MUEHLENKAMP et al., 2012; XAVIER et al., 2016), influenciar pessoas, comunicar-se com os outros, expressar desespero (MUEHLENKAMP et al., 2013), ou angústia (NOCK, 2010), produzir sensações normais ou até mesmo por distração (BALTAZAR, 2009), controlar a angústia (BALTAZAR, 2009; MESQUITA et al., 2011), pertencer a um grupo (MUEHLENKAMP et al., 2013),

sentir-se mais vivo em resposta ao entorpecimento emocional ou para interromper os estados de dissociação ou desrealização (NOCK, 2010).

A prática de automutilação não suicida pode estar associada a diversos fatores de risco e de proteção. A literatura tem evidenciado que estão associados a essa prática fatores sociodemográficos, individuais de manejo de problemas e de emoções e, psicossociais relacionais.

Nos aspectos sociodemográficos, estudos têm associado a prática de AMNS com fazer parte de minorias sexuais (BATEJAN; JARVI; SWENSON, 2015), ser do sexo feminino (CHEUNG et al., 2013; GILETTA et al., 2013; MORAN et al., 2015; VOON; HASKING; MARTIN, 2014; ZETTERQVIST et al., 2013) e ter idade entre 13 e 15 anos (BRUNNER et al., 2014; HOWE-MARTIN et al., 2012). Quanto às variáveis individuais de manejo de problemas e de emoções foram encontradas associações com altos níveis de afetos negativos (VAN VLIET; KALNINS, 2011), estratégias de *coping* evitativas (GUERREIRO et al., 2015; GUERREIRO et al., 2014), primárias e inflexíveis (SOMER et al., 2015) e mal-adaptativas (BORRIL et al., 2009), descontentamento espiritual reforçado pela crença de ser abandonado e ignorado por Deus (BUSER J. K; BUSER T. J; RUTT, 2017), ter tido uma educação cristã (KRESS et al., 2015), autocrítica elevada (BUSER; PETERSON; KEARNEY, 2015), repertório limitado de estratégias de enfrentamento (BUSER et al., 2015; GUERREIRO et al., 2014; GARRETO, 2015; VAN VLIET; KALNINS, 2011), dificuldade para regular o afeto (BORRIL et al., 2009; BUSER et al., 2015; GUERREIRO et al., 2014; GARRETO, 2015), aumento da reatividade fisiológica ao estresse (VAN VLIET; KALNINS, 2011), limitada habilidade de resolução de problemas (GARRETO, 2015; GUERREIRO et al., 2014) e impulsividade (GUERREIRO et al. 2014).

Dentro dos fatores psicossociais relacionais, os que mais se evidenciam são estresse interpessoal originado por relacionamentos com colegas ou pais (GUERREIRO et al., 2014; HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012; JUTENGREN et al., 2011), importantes dificuldades interpessoais e sociais, vitimização por meio do *bullying* pelos pares nas suas formas física, verbal e relacional (BRUNSTEIN et al., 2016; CHRISTOFFERSEN et al., 2015; GUERREIRO et al., 2014), incapacidade de implementar habilidades sociais assertivas (GUERREIRO et al., 2015; GUERREIRO et al., 2014), sentimento de alienação em relação aos pais (BUSER et al., 2015; YATES; TRACY; LUTTER, 2008), relações familiares precárias (HAWTON et al., 2012; LAUKKANEN et al., 2009), sentimento de abandono e de rejeição (PLENER et al., 2013), influência dos pares (PRINSTEIN et al., 2010), baixo suporte social e maus-tratos na infância (BROWN et al., 2018; CHRISTOFFERSEN et al., 2015; DEMIRCI, 2018;

GUERREIRO et al., 2014; MARTIN et al., 2017). Além disso, a AMNS está associada ao contato mais frequente a métodos específicos (GUERREIRO et al., 2013; ZHU et al., 2016) e maior exposição da AMNS na mídia (ZHU et al., 2016). Em suma, a dificuldade em regular as emoções, a ausência de estratégias assertivas de enfrentamento aos eventos estressores, estresse interpessoal e maus-tratos estão interligados com a AMNS.

## 2.2 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E A REGULAÇÃO EMOCIONAL

A regulação emocional é o processo pelo qual comportamentos, habilidades e estratégias, sejam automáticas ou de esforço, modulam, inibem e melhoram as experiências e expressões emocionais (ROBINSON et al., 2018). Além do uso efetivo de processos pelos quais são reguladas as emoções (um exemplo disso seria a reavaliação), a consciência emocional e a aceitação são críticas para a regulação da emoção funcional (GRATZ; LEVY; TULL, 2012).

A adolescência é um momento crítico para o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional. Em relação à infância, os adolescentes experimentam uma necessidade crescente de regular as emoções para atingir objetivos de longo prazo (STEINBERG, 2005). Da mesma forma, enfrentam maior número de situações emocionais novas, como trabalhar para estabelecer sua identidade pessoal e iniciar (e terminar) relacionamentos afetivos. Durante a adolescência, os jovens mudam de estratégias de autorregulação basicamente externas para internas e, ao fazê-lo, experimentam diferentes estratégias (ROBINSON et al., 2018).

Nesse cenário, a AMNS é considerada uma dessas estratégias de regulação de emoções (CHAPMAN et al. 2006). Em amostras de pacientes internados, comunitários, adultos e adolescentes, as pessoas que se envolvem na AMNS relatam consistentemente uma regulação emocional mais fraca do que seus pares sem AMNS (MCKENZIE; GROSS, 2014). A maior gravidade da AMNS está associada à pior regulação emocional, menor uso de reavaliação e maior uso de estratégias de supressão emocional, afirmam Williams e Hasking (2010).

Melhorias na regulação emocional também estão refletidas na cessação da AMNS (WHITLOCK; PRUSSIEN; PIETRUSZA, 2015). McKenzie e Gross (2014) defendem que, no processo de regulação de emoções, cinco estratégias de regulação de emoções podem direcionar os sujeitos à AMNS: (1) como uma alternativa para situações mais angustiantes; (2) para modificar seu ambiente social; (3) para desviar sua atenção de emoções desagradáveis ou pensamentos negativos; (4) para mudar as cognições sobre si mesmo por meio da autopunição; e, (5) para a mudança da

consciência de si mesmo. A partir dessas evidências, a regulação da emoção desempenha um papel fundamental nas conceituações teóricas e no tratamento da AMNS, conforme preconizam Hasking et al. (2016) e Nock (2010).

### 2.3 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E ESTRESSE INTERPESSOAL

A AMNS pretende reduzir o estresse emocional desencadeado por estresse interpessoal episódico (como brigas entre os pares, por exemplo) ou crônico (baixo suporte social, por exemplo) (NOCK; PRINSTIEN, 2004). No entanto, é improvável que essa associação seja unidirecional. Do ponto de vista do desenvolvimento de comportamentos mal-adaptativos, os adolescentes não apenas reagem aos estressores ambientais, mas se engajam em comportamentos que contribuem para o seu ambiente social (MILLER et al., 2018). Enquanto o estresse interpessoal pode contribuir para o envolvimento na AMNS, a AMNS também pode levar ao estresse interpessoal subsequente (NOCK; PRINSTIEN, 2004). Revisão de literatura realizada por Rose e Rudolph (2006) sugere que o estresse interpessoal crônico e episódico estão associados à AMNS, especialmente para as meninas. Talvez isso se explique pelo fato de as meninas experienciarem mais comportamentos internalizantes, como a ruminação, por exemplo, subsequente ao estresse interpessoal (ROSE; RUDOLPH, 2006).

Já Muehlenkamp et al. (2013) sugerem que o baixo apoio social e a vitimização entre pares estão associados à AMNS. Estudos longitudinais explicam que eventos negativos da vida (LIU et al., 2014) e severa disciplina parental (KEENAN et al., 2014) predizem a AMNS. Além disso, o apoio parental percebido de forma reduzida prediz longitudinalmente o início do AMNS (KEENAN et al., 2014). Assim, as evidências existentes apoiam o vínculo entre o estresse entre os filhos e seus pais e a AMNS (MILLER et al., 2018).

Do ponto de vista da geração de estresse, um indivíduo com depressão pode se engajar em comportamentos (como procura excessiva de confiança) que, inadvertidamente, causam estresse interpessoal adicional (STROUD; SOSOO; WILSON, 2018). Da mesma forma, o engajamento de um adolescente na AMNS pode ser visto desfavoravelmente por pares que podem se distanciar do adolescente (MILLER et al., 2018). Evidências preliminares de um estudo prospectivo de seis meses sugerem que a AMNS, inicialmente, prevê eventos de vida interpessoal estressantes para meninas adolescentes tardias (BURKE et al., 2015). A ligação recíproca entre estresse interpessoal e AMNS pode ser especialmente relevante no contexto do desenvolvimento dos adolescentes.

## 2.4 AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA E ESTRATÉGIAS DE *COPING*

*Coping* é o esforço intencional e deliberado usado para gerenciar emoções e / ou situações que representam uma ameaça para o indivíduo (THOMASSIN et al., 2017). Esses esforços podem ser focados no problema ou na emoção e levar à resolução do problema ou à acomodação da preocupação sem uma solução (FRYDENBERG et al., 2003).

Pesquisas identificaram diferenças no enfrentamento entre adolescentes que se envolvem em AMNS *versus* aqueles que não o fazem (POLANCO-ROMAN et al., 2015). Guerreiro et al. (2013) revisaram a literatura existente sobre enfrentamento e AMNS de adolescentes de 2000 a 2010 e concluíram que as estratégias de enfrentamento geralmente consideradas adaptativas, como enfrentamento focado no problema, ressignificação positiva e busca de apoio estão consistentemente associadas a um risco menor AMNS, enquanto que estratégias de enfrentamento mal-adaptativas, como a evitação, por exemplo, estão geralmente relacionadas com maiores taxas de AMNS (Guerreiro et al. 2013), embora deva ser notado que a revisão não diferenciou tentativas de suicídio de AMNS. Além disso, alguns resultados mistos sugerem que essas associações possivelmente diferem conforme o contexto (POLANCO-ROMAN et al., 2015). Estudo de Santos, Saraiva e De Sousa (2009) mostrou que jovens com idade entre 15 e 24 anos, que relataram uma história de AMNS, eram menos propensos do que jovens sem histórico de AMNS (pareados por idade, sexo e moradia) a se engajarem em busca de apoio e *coping* focado no problema diante de situações que representassem ameaça, dano ou um desafio. Essa pesquisa mostrou que o enfrentamento adaptativo está associado a uma probabilidade reduzida de envolvimento na AMNS (SANTOS et al., 2009) tanto na presença como na ausência de tentativas anteriores de suicídio (POLANCO-ROMAN et al., 2015). A pesquisa também identificou associação entre *coping* e a gravidade do AMNS. Voon et al. (2014) descobriram que os adolescentes que se engajaram na reavaliação cognitiva exibiram reduções na gravidade dos incidentes de AMNS ao longo do tempo, controlando o sofrimento psicológico, os eventos adversos da vida e a história de tentativa de suicídio.

Em termos de *coping* como um potencial fator de proteção na predição de AMNS, um estudo conduzido por Williams e Hasking (2010) constatou que o enfrentamento focado na emoção e o enfrentamento evitativo moderaram a relação entre o sofrimento psicológico e a AMNS em adultos jovens. O desconforto ou a incapacidade de expressar emoções pode ser menos prejudicial em contextos em que os adolescentes são capazes de usar estratégias efetivas de enfrentamento para reagir a emoções

angustiantes. Portanto, dado que o enfrentamento está implicado na AMNS, é importante avaliar se estratégias específicas de enfrentamento podem ser protetoras para adolescentes com *déficit* de expressão emocional.

## 2.5 AUTOMUTILIZAÇÃO NÃO SUICIDA E MAUS-TRATOS

No contexto da AMNS, os maus-tratos na infância, particularmente o abuso sexual, tem recebido considerável atenção empírica (LIU et al., 2018; TEICHER; SAMSON, 2013). Além disso, o abuso sexual na infância e, em menor grau, abuso físico e negligência, aparecem proeminentemente em várias conceituações teóricas de AMNS (TEICHER; SAMSON, 2013). Subjacente ao interesse empírico e teórico nessas formas de maus-tratos na infância está a suposição de que eles têm um papel mais central, em relação a outros subtipos de maus-tratos, na causa da AMNS (LIU et al., 2018). Na ausência de avaliação empírica, entretanto, tal possibilidade não pode ser assumida. Liu et al. (2018) e Martin et al. (2017) explicam que, com exceção de uma metanálise de abuso sexual e AMNS, realizada por Klonsky e Moyer (2008), a associação entre maus-tratos na infância e AMNS ainda precisa ser sistematicamente e quantitativamente revisada.

O rastreamento do histórico de maus-tratos na infância pode ser importante na avaliação do risco de AMNS, e esse rastreamento pode ser particularmente valioso em contextos comunitários (Liu et al., 2018). Além disso, uma história de maus-tratos na infância deve ter um peso comparável na estratificação de risco para ambos os sexos, em vez de uma maior ênfase ser dada às meninas (KLONSKY; MOYER, 2008). Ainda, contrariando a visão predominante na pesquisa e na prática de que abuso emocional na infância está menos associado à AMNS do que abuso sexual e físico (MARTIN et al., 2017), considera-se que este pode ser, comparativamente, se não mais, relevante para esse desfecho. Isso demonstra a necessidade de garantir uma maior atenção a esta forma de maus-tratos, especialmente sendo o abuso emocional a forma mais prevalente de abuso infantil (KLONSKY; MOYER, 2008; LIU et al., 2018).

Neste capítulo a AMNS foi apresentada como um comportamento mal-adaptativo, um conceito ainda em construção, que envolve uma ampla variedade de funções e fatores associados. No próximo capítulo serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a prevalência e as variáveis associadas à AMNS em termos de variáveis sociodemográficas, variáveis individuais de manejo emoções e de problemas, variáveis psicossociais relacionais e variáveis disposicionais entre adolescentes escolares.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar, mediante revisão sistemática de literatura, o panorama de estudos de prevalência e fatores associados à AMNS publicados, em língua inglesa, no período de março de 2009 a março de 2019;

- Investigar a prevalência da prática de AMNS entre os adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro, RS;

- Descrever as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, escolaridade dos pais, religião, prática da religião e classificação econômica); variáveis individuais de manejo emoções e de problemas (estratégias de *coping* e de regulação emocional); variáveis psicossociais relacionais (comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus-tratos e habilidades sociais interpessoais); e variáveis disposicionais (Transtornos mentais comuns e afetos positivos e negativos), dos adolescentes escolares, com e sem automutilação não suicida, da rede pública municipal de Montenegro, RS;

- Avaliar os fatores associados à prática de AMNS em termos de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, escolaridade dos pais, religião, prática da religião e classificação econômica); variáveis individuais de manejo emoções e de problemas (estratégias de regulação emocional e de *coping*); variáveis psicossociais relacionais (comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus-tratos e habilidades sociais interpessoais); e variáveis disposicionais (Transtornos mentais comuns e afetos positivos e negativos), entre adolescentes escolares.

### 3 REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicol Refl Crít**, v. 25, n 2, p. 293-300, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200011>

BALTAZAR, M. **Contributo para a caracterização das lesões auto-infligidas nas perícias médico-legais**: correlação com os antecedentes da vítima. Dissertação de mestrado. Universidade de Coimbra, 2009.

BATEJAN, K. L.; JARVI, S. M.; SWENSON, L. P. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. **Arch Suicide Res.**, v. 19, n.2, p. 131-150, 2015. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957450>

BORGES, C. N. L. O. **À flor da pele**: algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão. Dissertação Mestrado. Instituto Universitário de Psicologia Aplicada. Lisboa, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2282/1/14892.pdf>. Acesso em: 12 Jan. 2018.

BORRILL, J. et al. Students who self-harm: coping style, rumination and alexithymia. **Couns Psychol Q**, v. 22, n. 4, p. 361-372, 2009. <https://doi.org/10.1080/09515070903334607>

BRAUSCH, A. M.; GUTIERREZ, P. M. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. **J Youth Adolesc**, v. 39, n. 3, p. 233-242, 2010. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>

BROWN, R.; PLENER, P. Non-suicidal self-Injury in adolescence. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 19, n. 20, p. 1-8, 2017. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>

BROWN, R.C. et al. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. **BMC Psyc**, v. 8, n. 1, p. 181, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1754-3>

BRUNNER, R. et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries **J Child Psychol Psyc**, v. 55, n.4, p. 337-348, 2014. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>

BRUNSTEIN, K.A. et al. Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. **Europ Child Adolesc Psychiat**, v. 25, p. 1183-1193, 2016. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0840-7>

BURKE, T. A. et al. Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among adolescent girls. **Psychiatry Res**, v. 228, p. 416-442, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.021>

BUSER, J. K.; BUSER, T. J.; RUTT, C.C. Nonsuicidal self-injury and spiritual/religious coping. **JMHC**, v. 39, n. 2, p. 195-208, p. 132-148, 2017. <https://doi.org/10.17744/mehc.39.2.04>

BUSER, T. J.; PETERSON, C. H.; KEARNEY, A. Self-efficacy pathways between relational aggression and nonsuicidal. **J Coll Couns**, v. 18, n. 3, p. 195-208, 2015. <https://doi.org/10.1002/jocc.12014>

CARLSON L. t al. Teachers' awareness of self-cutting behavior among the adolescent population. **PRAXIS**, v. 5, p. 22-29, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>

CHAPMAN, A. L. et al. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. **Behav Res Ther**, v. 44, n. 3, p. 371–394, 2006. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>.

CHEUNG, Y. et al. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 7, p. 133-144, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0640-4>

CHRISTOFFERSEN, M. N. et al. Non-suicidal self-injury--does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. **Child Abuse Neg**, v. 44, p. 106-116, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.023>

CLAES, L. et al. Brief report: the association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. **J Adolesc**, v. 33, n. 5, p. 775-778, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>

DEMIRCI, E. Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? **J Forensic Leg Med**, v. 53, p. 17-21, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.012>

DURAND, S. C.; MCGUINNESS, T. M. Adolescents Who Self-Injure. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 54, n.4, p. 26-29, 2015. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160318-04>

EVREN, C. et al. Non-suicidal self-harm behavior within the previous year among 10th-grade adolescents in Istanbul and related variables. **Nord J Psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 481-487, 2014. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.872699>

FRYDENBERG, E. et al. Coping with concerns: an exploratory comparison of Australian, Colombian, German, and Palestinian adolescents. **J Youth Adolesc**, v. 32, p. 59-66, 2003. <https://doi.org/10.1023/A:1021084524139>

GARRETO, A. K. R. **O desempenho executivo de pacientes que apresentam automutilação**. 112 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

GILETTA, M. et al. Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in mainland China: peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. **J Consult Clin Psychol**, v. 83, p. 265-279, 2013. <https://doi.org/10.1037/a0038652>

GIUSTI, J. S. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

GOLDSTEIN, A. L. et al. Personality, child maltreatment, and substance use: examining correlates of deliberate self-harm among university students. **Can J Behav Sci**, v. 41, n.4, p. 241-251, 2009. <https://doi.org/10.1037/a0014847>

GRATZ, K. L.; LEVY, R.; TULL, M. T. Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. **J Cogn Psychother**, v. 26, p. 365-381, 2012. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.365>

GUERREIRO, D. F. et al. Coping strategies in adolescents who self-harm: a community sample study. **Crisis**, v. 36, n.1, p. 31-37, 2015. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000289>

GUERREIRO, D. F. et al. Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. **Arch Suicide Res**, v. 17, p. 91-105, 2013. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776439>

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO D.; FIGUEIRA, M. L. **Relatório de investigação Comportamentos autolesivos em adolescentes**: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afectivo e estratégias de coping. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia. Universidade de Lisboa, 2014. Disponível em: <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/143>. Acesso: 19 Fev. 2018.

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev Port Sau Pub**, v. 31, n. 2, p. 204-213, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>

HASKING, P. et al. A cognitive emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. **Cogn Emot**, v. 31, p. 1543-1556, 2016. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **Lancet**, v. 378, n. 9834, p. 2373-2382, 2012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

HEILBRON, N.; PRINSTEIN, M. Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: a theoretical review. **Applied Prev Psyc**, v. 12, p. 168-177, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.004>

HOWE-MARTIN, L. S.; MURRELL, A. R.; GUARNACCIA, C. A. Repetitive nonsuicidal self-Injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. **J Clin Psychol**, v. 68, n.7, p. 809-829, 2012. <https://doi.org/10.1002/jclp.21868>

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF SELF-INJURY. **Definition of non-suicidal self-injury**, 2018. Disponível em: <http://www.itriples.org/iss-aboutself-i.html>. Acesso em: 19 Fev 2018.

JUTENGREN, G.; KERR, M.; STATTIN, H. Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: a two-wave longitudinal analysis. **J Sch Psychol**, v. 49, n. 2011, p. 249-264, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.11.001>

KEENAN, K. et al. Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. **Dev Psychopathol**, v. 26, p. 851-862, 2014. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000431>

KLONSKY, E. D.; MOYER, A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. **Br J Psychiatry**, v. 192, p. 166-170, 2008. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>

KOENIG, J. et al. Longitudinal development of pain sensitivity in adolescent non-suicidal self-injury. **J Psychiatr Res**, v. 89, p. 81-84, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.001>

KRESS, V. E. et al. Spirituality/religiosity, life satisfaction, and life meaning as protective factors for nonsuicidal self-injury in college students. **J Coll Couns**, v. 18, n. 2, p. 160-174, 2015. <https://doi.org/10.1002/jocc.12012>

LAUKKANEN, E. et al. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 2, n. 8, p. 501-510, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0390-1>

LAUKKANEN, E. et al. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. **Psychiatr Epidemiol**, v. 44, p. 23–28, 2009. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0398-x>

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Plos Med**, v. 6, n. 7, e1000100, 2009. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

LIU, R. T. et al. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 5, n. 1, p. 51-64, 2018. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)

LIU, R. T. et al. Negative life events and non-suicidal selfinjury in an adolescent inpatient sample. **Arch Suicide Res**, v. 18, p. 251-258, 2014. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824835>

MARTIN, J. et al. Childhood abuse and neglect, attachment states of mind, and non-suicidal self-injury. **Attach Hum Dev**, v. 19, n. 5, p. 425-446, 2017. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1330832>

McKENZIE, K. C.; GROSS, J. J. Nonsuicidal self-injury: An emotion regulation perspective. **Psychopathol**, v. 47, p. 207–219, 2014. <https://doi.org/10.1159/000358097>

MESQUITA, C. et al. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. **J Clin Child Adolesc**, v.3, 2011. doi inexistente

MIKOLAJCZAK, M.; PETRIDES, K. V.; HURRY, J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. **Br J Clin Psychol**, v. 48, n. 2, p. 181-193, 2009. <https://doi.org/10.1348/014466508X386027>

MILLER, A. B. et al. Reciprocal associations between adolescent girls' chronic interpersonal stress and nonsuicidal self-injury: a multi-wave prospective investigation. **J Adolesc Health**, v. 63, n. 6, p. 694-700, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.033>

MORAN, P. et al. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study. **Acta Psychiatr Scand**, v. 131, n. 1 p. 61-68, 2015. <https://doi.org/10.1111/acps.12306>

MUEHLENKAMP, J. et al. Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. **Suicide Life Threat Behav**, v 43, p. 67-80, 2013. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>

MUEHLENKAMP, J. J. et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 6, n. 1, p. 10, 2012. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

MUEHLENKAMP, J. J.; BRAUSCH, A. M. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. **J Adolesc**, v. 35, n. 1, p. 1-9, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010>

NOCK, M. et al. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiol Rev**, v. 30, p. 133-154, 2008. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. **J Consult Clin Psychol**, v. 72, p. 885-890, 2004. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

NOCK, M. Self-Injury. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 6, p. 339-363, 2010. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>

- PLENER, P. et al. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 49, n. 9, p. 1439-1445, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0645-z>
- PLENER, P. L. et al. Nonsuicidal self-injury in adolescents. **Dtsch Arztebl Int**, v. 115, n. 3, p. 23-30, 2018. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- POLANCO-ROMAN, L. et al. Brooding, refection, and distraction: relation to nonsuicidal self-injury versus suicide attempts. **Arch Suicide Res**, v. 19, p. 350-385, 2015. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.981623>
- PRINSTEIN, M. J. et al. Peer influence and nonsuicidal self-injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. **J Abnorm Child Psychol**, v. 38, p. 669–682, 2010. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0>
- ROBINSON, K. et al. Reciprocal risk: the longitudinal relationship between emotion regulation and non-suicidal self-injury in adolescents. **J Abnorm Child Psych**, 2018. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0450-6>
- ROSE, A.J.; RUDOLPH, K D. A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. **Psychol Bull**, v. 132, p. 98-131, 2006. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- SANTOS, J. C.; SARAIVA, C. B.; DE SOUSA, L. The role of expressed emotion, self-concept, coping, and depression in parasuicidal behaviour: a follow-up study. **Arch Suicide Res**, v. 13, p. 358-367, 2009. <https://doi.org/10.1080/13811110903266590>
- SILVA, M. F. DE A.; SIQUEIRA, A. C. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. **Rev FAROL**, v.3, n. 3, p. 5-20, 2017. doi inexistente.
- SOMER, O. et al. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 50, n. 7, p. 1163-1171, 2015. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1060-z>
- STALLARD, P. et al. Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. **BMC Psyc**, v. 13, n. 1, 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-328>
- STEINBERG, L. Cognitive and affective development in adolescence. **Trends Cogn Sci**, v. 9, n. 2, p. 69-74, 2005. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- STROUD, C.B.; SOSOO, E. E.; WILSON, S. Rumination, excessive reassurance seeking, and stress generation among early adolescent girls. **J Early Adolesc**, v. 38, p. 139-163, 2018. <https://doi.org/10.1177/0272431616659559>
- TEICHER, M. H.; SAMSON, J. A. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. **Am J Psychiatry**, v. 170, p. 1114-1113, 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- THOMASSIN, K. et al. Specific coping strategies moderate the link between emotion expression deficits and nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 11, n. 1, 2017. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0158-3>
- VAN VLIET, K. J.; KALNINS, G. R. C. A Compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. **JMHC**, v. 33, n. 4, p. 295-311, 2011. <https://doi.org/10.17744/mehc.33.4.j7540338q223t417>

- VICTOR, S. E. et al. Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. **Compr Psychiatry**, v. 82, p.53–60, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.009>
- VOON, D.; HASKING, P.; MARTIN, G. Change in emotion regulations strategy use and its impact on non-suicidal self-injury: a three-year longitudinal analysis using latent growth modeling. **J Abnorm Psychol**, v. 123, p. 487-498, 2014. <https://doi.org/10.1037/a0037024>
- WAN, Y.H. et al. Longitudinal effects of psychological symptoms on non-suicidal self-injury: a difference between adolescents and young adults in China. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 50, n. 2, p. 23-247, 2015. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0917-x>
- WANG, B. et al. Developmental trajectories of nonsuicidal self-injury in adolescence and intrapersonal/interpersonal risk factors. **J Res Adolesc**, v. 26, n. 2, p. 392-406, 2016. <https://doi.org/10.1111/jora.12273>
- WHITLOCK, J. et al. Nonsuicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. **J Am Coll Health**, v. 59, p. 691-698, 2011. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>
- WHITLOCK, J. L.; POWERS, J.; ECKENRODE, J. E. The virtual cutting edge: adolescent self-injury and the Internet. **Dev Psychol**, v. 42, p. 1-12, 2006. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.407>
- WHITLOCK, J.; PRUSSIEN, K.; PIETRUSZA, C. Predictors of selfinjury cessation and subsequent psychological growth: Results of a probability sample survey of students in eight universities and colleges. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 9, p. 19, 2015. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0048-5>
- WILLIAMS, F.; HASKING, P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. **Prev Sci**, v. 11, p. 33-41, 2010. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0147-8>
- XAVIER, A.; PINTO GOUVEIA, J.; CUNHA, M. Non-suicidal self-injury in adolescence: the role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. **Child Youth Care Forum**, v. 45, n. 4, p. 571-586, 2016. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9346-1>
- YATES, T. M.; TRACY, A. J.; LUTHAR, S. S. Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. **J Consult Clin Psychol**, v. 76, p. 52-62, 2008. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.52>
- YOU, J.; FREEDOM, L. The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in chinese adolescents: a 2-year follow-up study. **J Adolesc**, v. 35, n. 2, p. 389-395, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.020>
- ZETTERQVIST, M. et al. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI. **J Abnorm Child Psychol**, v. 41, n. 5, p. 759-773, 2013. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- ZHU, L. et al. Frequency of exposure to and engagement in nonsuicidal self-injury among inpatient adolescents. **Arch Suicide Res**, v. 20, n. 4, p. 580-590, 2016. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1162240>

## 4 ARTIGOS

### 4.1 ARTIGO 1

#### **PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES: REVISÃO SISTEMÁTICA**

A ser submetido ao periódico: Arquivos Brasileiros de Psicologia

Conceito Qualis para Psicologia: A2

##### **Prevalência e fatores associados à automutilação não suicida entre adolescentes escolares: revisão sistemática da literatura**

###### **Resumo**

Este estudo apresenta uma visão ampla sobre prevalências e fatores associados à automutilação não suicida. Uma busca sistemática foi realizada em abril de 2019 na *Web of Science*, *PsycInfo*, *Academic Research Complete*, *Medline Complete* e *Pubmed*, utilizando-se a combinação “*nonsuicidal self-injury and adolescents*”. Artigos em inglês dos últimos 10 anos foram analisados com base em critérios de inclusão/exclusão definidos *a priori*. Ao final, 20 estudos transversais (prevalências de 6,13 a 31,3%) e 20 estudos longitudinais (prevalências de 5,16 a 41,6%, em T1; e, de 5,13 a 46,6%, em T final) foram selecionados. Fatores sociodemográficos, individuais de manejo de problemas e de emoções, psicossociais relacionais e, disposicionais mostraram-se associados à automutilação não suicida. Dessa forma, é importante investigar a presença de patologias paralelas de internalização e externalização e sua conexão com automutilação não suicida, para ajudar a identificar as populações mais ameaçadas.

**Palavras-chave:** Automutilação não suicida; Adolescência; Fatores associados

##### **Prevalence and factors associated to nonsuicidal self-injury among school adolescents: a systematic review of the literature**

###### **Abstract**

This study provides a broad view in relation to prevalence and factors associated to nonsuicidal self-injury. A systematic search has been done in April 2019 on *Web of Science*, *PsycInfo*, *Academic Research Complete*, *Medline Complete* and *Pubmed*, using the “*nonsuicidal self-injury and adolescents*” word combination. Articles in English from the last 10 years have been analyzed based on inclusion/exclusion criteria, which were determined previously. In the end, 20 cross-sectional studies (prevalence rates from 6.13 to 31.3%) and 20 longitudinal studies (prevalence rates from 5.16 to 41.6% at T1; and from 5.13 to 46.6% at Final T) were selected. Sociodemographic, individual problem and emotion management, relational and dispositional psychosocial factors were all associated with nonsuicidal self-injury. Thus, it is important to investigate the presence of parallel internalization and externalization pathologies and their connection with nonsuicidal self-injury in order to help identifying the most threatened populations.

**Key-words:** Nonsuicidal self-injury; Adolescence; Associated Factors.

## **Prevalencia y factores asociados a la automutilación no suicida entre adolescentes escolares: repaso sistemático de la literatura**

### **Resumen**

Este estudio presenta una visión amplia acerca de las prevalencias y factores asociados a la automutilación no suicida. Una búsqueda sistemática fue realizada en abril de 2019 en *Web of Science*, *PsycInfo*, *AcademicResearch Complete*, *Medline Complete* y *Pubmed*, utilizándose la combinación “*nonsuicidal self-injury and adolescents*”. Artículos en inglés de los últimos 10 años fueron analizados con base en criterios de inclusión/exclusión definidos *a priori*. Al final, 20 estudios transversales (prevalencias de 6,13 a 31,3%) y 20 estudios longitudinales (prevalencias de 5,16 a 41,6%, en T1; y, de 5,13 a 46,6%, en T final) fueron seleccionados. Factores sociodemográficos, individuales de manejo de problemas y de emociones, psicosociales relacionales y disposicionales se muestran asociadas a la automutilación no suicida. De esa manera es importante averiguar la presencia de patologías paralelas de internalización y externalización y su conexión con la automutilación no suicida, para ayudar a identificar las poblaciones más amenazadas.

**Palabras- Clave:** Adolescencia. Automutilación no suicida. Factores asociados.

### **Introdução**

O comportamento de automutilação não suicida (AMNS) é um problema crescente de saúde pública e clínica (Guerreiro & Sampaio, 2013; Hughes et al., 2019; Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013). Esse comportamento é definido como a destruição direta e deliberada do próprio tecido corporal na ausência de intenção letal e por razões não aceitas socialmente (Nock, 2010). Formas comuns de AMNS incluem comportamentos como cortar, queimar, arranhar e bater-se (Hughes et al., 2019; Nock, 2010), podendo ocorrer o uso de múltiplos métodos (Plener et al., 2018). Evidências focadas nas intenções psicológicas subjacentes à AMNS demonstraram que o comportamento atende a uma variedade de funções, tanto interpessoais quanto intrapessoais, que não são mutuamente exclusivas (Brown & Plener, 2017; Durand & McGuinness, 2015; Guerreiro, Sampaio, & Figuera, 2014; Muehlenkamp et al., 2013; Xavier, Pinto Gouveia, & Cunha, 2016). Pesquisas iniciais sobre comportamento de AMNS focalizaram ambientes clínicos (Pattison & Kahan, 1983), principalmente com mulheres (Favazza & Conterio, 1989; Favazza, DeRosear, & Conterio 1989; Herpertz, 1995; Suyemoto & MacDonald, 1995); contudo, atualmente, inúmeros estudiosos se têm debruçado sobre pesquisas voltadas ao público adolescente, conforme revisão realizada por Plener et al. (2018). A AMNS é especial interesse devido à sua inclusão como uma condição que necessita de mais estudos na quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013).

A literatura empírica tem demonstrado que a adolescência é uma etapa crucial para o início da AMNS (Meszaros, Horvath, & Balazs, 2017; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Swannell Martin, Page, Hasking, & St John, 2014), com taxas de prevalência ao longo da vida de 15% a 20% em amostras comunitárias (Plener et al., 2018; Swannell et al., 2014; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). Metanálise realizada por Plener et al. (2018) evidenciou que a prevalência média ao longo da vida de pelo menos uma ocorrência de AMNS em amostras escolares em todo o mundo é de 17,2% (variando de 8 a 35%), com percentuais mais altos encontrados na Alemanha (entre 25 e 35%) (Plener et al., 2018). Percentual similar (17,3%) foi encontrado na metanálise realizada por Swannell et al. (2014). Já em amostras clínicas foram encontradas taxas mais altas (50 a 60%) (Plener et al., 2018).

Diversos são os fatores de risco associados à AMNS. Revisões sistemáticas e de metanálises têm identificado fatores divergentes e semelhantes. Por exemplo, Plener, Schumacher, Munz e Groschwitz (2015) encontraram os seguintes fatores de risco em estudos longitudinais: sexo feminino; histórico de AMNS anterior; sintomas de depressão; e, estresse interpessoal. Outros estudiosos encontraram associações entre AMNS e maus-tratos físicos, abuso e negligência na infância (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009). Um estudo mais recente comparou diferentes tipos de maus-tratos, abuso e negligência (Thomassin, Shaffer, Madden, & Londino, 2016), demonstrando que apenas ações emocionalmente abusivas foram indiretamente associadas com AMNS via expressividade emocional, embora o estudo também mostrasse associações significativas entre abuso emocional, abuso sexual e físico (Thomassin et al., 2016), o que parece complementar os achados entre outras amostras sobre associações entre AMNS e críticas parentais ou antipatias em relação aos filhos (Kaess et al., 2013) e crítica elevada, baixo grau de compatibilidade e diligência (Gromatsky et al., 2017). No nível da influência dos pares, o fenômeno do contágio social foi investigado em diferentes contextos, indicando que este, provavelmente, terá um papel no contato inicial com a AMNS (Jarvi, Jackson, Swenson, & Craford, 2013).

A literatura demonstra a elevada prevalência da AMNS em diferentes contextos e demonstra sua associação com diversos desfechos psicológicos e comportamentais negativos (Gromatsky et al., 2017), incluindo um risco elevado de suicídio (Brown & Plener, 2017; Plener et al., 2018). Nesse sentido, um melhor entendimento das taxas de prevalência e comportamentos de risco para a AMNS é crucial para desenvolver melhores esforços de triagem e intervenção. O presente estudo, mediante uma revisão sistemática da literatura de estudos empíricos publicados em língua inglesa nos últimos 10 anos, teve por objetivo

apresentar uma visão ampla sobre prevalências e fatores associados à AMNS entre adolescentes em estudos com amostras comunitárias.

### Método

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática sobre prevalência e fatores associados a AMNS entre adolescentes de amostras comunitárias, de acordo com os Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Metanálises (PRISMA) (Liberati et al., 2009). A pesquisa nas bases dados ocorreu no mês de abril de 2019. No processo de busca, foram utilizados como filtros artigos publicados entre março de 2009 a março de 2019, no idioma inglês, revisados por pares, com referências disponíveis e foco na AMNS praticada por adolescentes. As bases de dados pesquisadas foram: *Web of Science*, *PsycInfo*; *Academic Research Complete*; *Medline Complete*; e, *Pubmed*, utilizando-se a combinação “*non-suicidal self injury and adolescents*”. Os artigos foram examinados, inicialmente, por título e resumo por dois revisores independentes. A Figura 1 mostra o processo de escolha dos estudos.

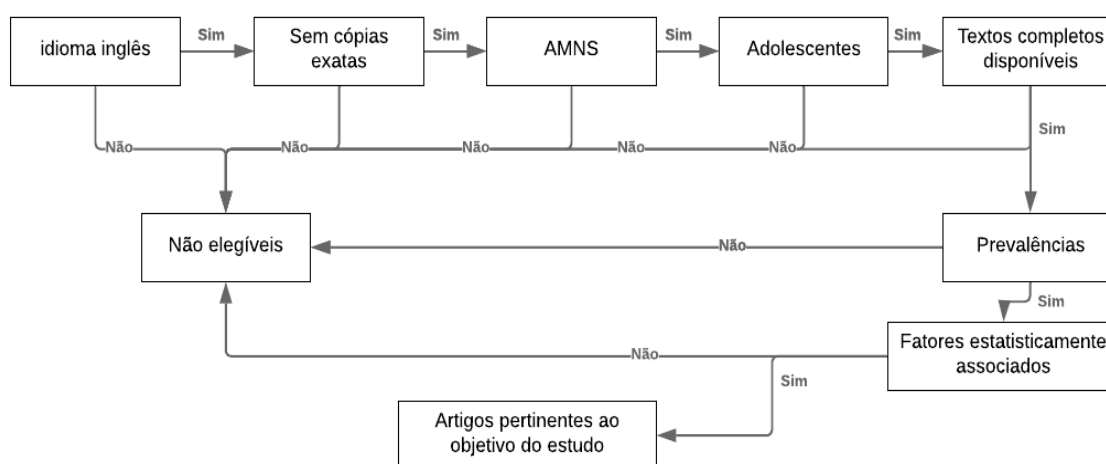


Figura 1- Critérios de seleção dos estudos  
Fonte: dados da pesquisa (2019).

No total, a pesquisa inicial nas bases de dados rendeu 890 resumos (*Web of Science*: 418; *PsycInfo*: 22; *Medline complete/academic research*: 170; e, *Pubmed*: 280). Dentro do processo de seleção foram considerados não elegíveis a partir da leitura dos títulos: repetidos (242); outro idioma (4, sendo 3 em alemão e 1 em espanhol); escalas (25); teóricos e de revisão (23); e, comentários, editoriais e cartas aos editores (6).

A leitura dos títulos e resumos dos 590 estudos foi realizada, de forma independente pelos dois revisores para garantir que os critérios de inclusão / exclusão seriam cumpridos. Quando houve discordância entre o primeiro e o segundo revisor se um artigo deveria ser

incluído ou excluído da revisão sistemática, foi realizada uma discussão comum e uma decisão coletiva final foi tomada. Assim, foram excluídos artigos por: outros públicos (250), em sua maioria jovens adultos); foco no suicídio (69); estudos de caso (3); estudos qualitativos (8); pesquisas realizadas em mídias sociais como *Facebook* e *Instagram* (8); e, referentes a outras temáticas como, por exemplo, Transtorno de Personalidade *Borderline* e avaliação da dor, automutilação referente a questões sexuais, entre outros (29).

A seguir, foi realizada a busca dos textos completos dos 223 estudos restantes, não sendo localizados 16 estudos. Assim, foram lidos 207 artigos na íntegra, dos quais foram excluídos: amostras clínicas (109); adolescentes com AMNS e outras patologias (27), como Transtorno de *Déficit* e Atenção e Hiperatividade, Transtornos Alimentares; com foco na definição de critérios diagnósticos (3); no tratamento (20), estudos com mesma amostra e variáveis em estudo similares (7); sem informações sobre a prevalência (1). Dessa forma, 40 artigos foram considerados pertinentes ao objetivo do estudo (Figura 2). Salienta-se que artigos oriundos de um mesmo estudo foram excluídos quando apresentaram resultados similares e foram incluídos aqueles que avaliavam variáveis diferentes.

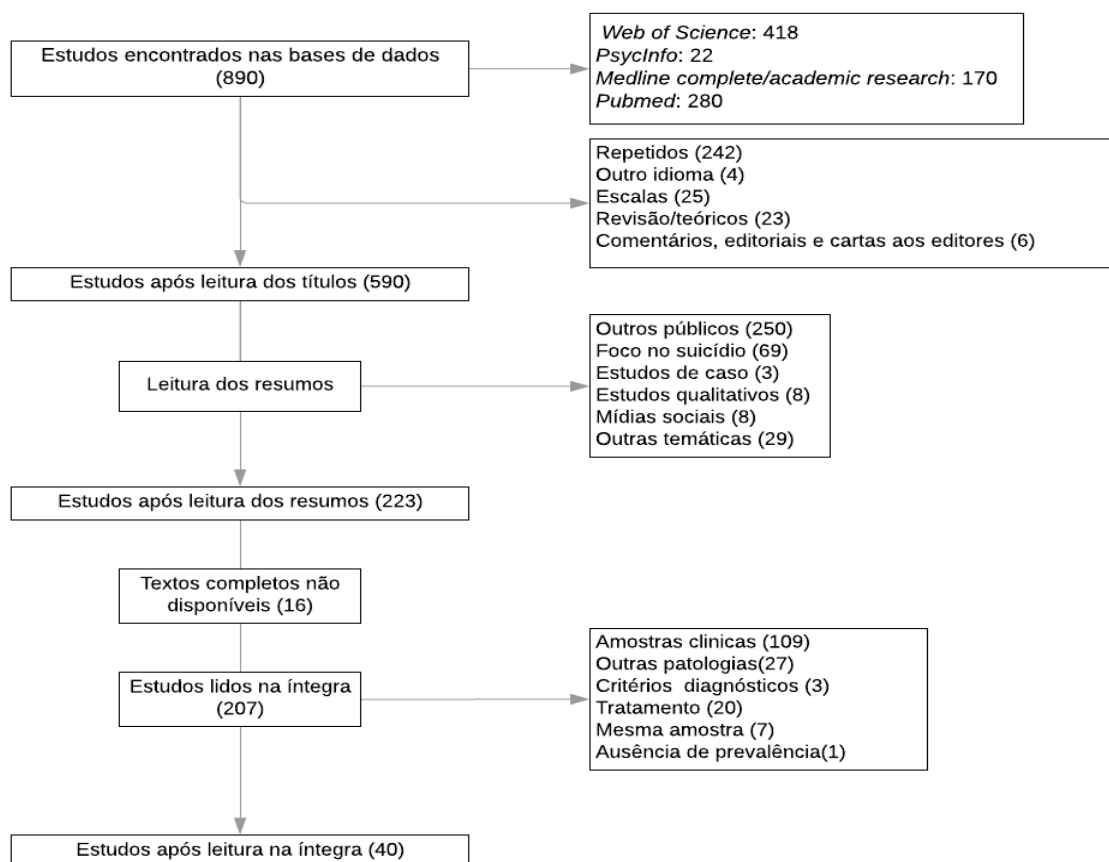


Figura 2-Processo de seleção dos estudos (n=40)  
Fonte: dados da pesquisa (2019).

## Resultados

Foram identificados 40 estudos que atenderam os critérios de inclusão. As Tabelas 1 e 2 fornecem um resumo dos dados obtidos em cada estudo, que seguem distribuídos por referência, amostra, instrumento de mensuração da AMNS, alfas, prevalências (últimos 6 meses/1 ano ou ao longo da vida), e fatores com significância estatística, dos estudos transversais (n=20) e longitudinais (n=20), respectivamente.

Tabela 1

Estudos transversais, distribuídos por referência, amostra, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20).

Referência	Amostra	Instrumento mensuração da AMNS/alfas	Prevalência	Fatores associados
Jian, Ren, Liang e You (2018)	1.026 (43,6% meninas); 13,76±1,27, por conveniência	12 itens do DSHI (Gratz, 2001); $\alpha$ : 0.77	24,2% durante o ano anterior à pesquisa	Ser menina (p<0,001), ser mais velho (p=0,002), sintomas depressivos (p<0,001)
Monto, McRee e Deryck (2018)	64.771 (50,3% meninas), entre 14 e 18 anos, por conveniência	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS; $\alpha$ : não informado	11,29% (meninos); 23,83% (meninas); 17,59% (geral); durante o ano anterior à pesquisa	Ser menina; sintomas depressivos; minoria sexual; abuso sexual; tentativas de ganhar ou perder peso; uso de substâncias, com p<0,001
Benzi, Sarno e Di Pietro (2018)	247 (68,8% meninas); 15,57±2,24, por conveniência	ISAS (Klonsky & Glenn 2009); $\alpha$ : não informado	44,9% ao longo da vida	Ser menina (p<0,05), Domínios da funcionalidade da personalidade (concordância social: p<0,05; autocontrole: p<0,001; integração identitária: p<0,01; responsabilidade: p<0,001)
Ren et al. (2018)	1.989 (52% meninas); 15,45±0,54, randomizados	12 itens do (DSHI (Gratz, 2001); $\alpha$ : 0.84	20,8% durante o ano anterior à pesquisa	Ser menina (p <0,001), Funcionamento familiar (falta de coesão familiar, conflitos familiares, baixo envolvimento afetivo, baixa responsividade, pouca comunicação, pouca capacidade de resolução de problemas, dependência): todos com p<0,001), Estratégias de <i>coping</i> como foco na evitação/emoção (p<0,001)
Castro & Kirchner (2017)	965 (57% meninas); 14,98±1,69, por conveniência	ISAS-I (Klonsky, & Olino, 2008); $\alpha$ : 0.74	49,6% ao longo da vida	Ser menina, estilo de <i>coping</i> evitativo, menor procura por apoio familiar, sintomatologia psicológica (p<0,001)
Lin et al. (2017a)	2.170; 15,83±0,38, randomizados	Check list de 12 comportamentos. Os participantes foram então perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS. $\alpha$ :0.84	20,1% durante o ano anterior à pesquisa	Ser menina (p<0,001), fatores de personalidade (neuroticismo: p<0,001, pouca abertura: p<0,001) e, alexitimia: p<0,05), Estratégias de <i>coping</i> (negativamente com <i>coping</i> focado no problema: p<0,001, positivamente como <i>coping</i> evitativo (0,001) e, baixa autoestima (p<0,05)
Jiang et al. (2017a)	606(38,8% meninas); 13,58±1,04, por conveniência	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS; $\alpha$ : não informado	17,87% (meninas) e 11,96% meninos, durante o ano anterior à pesquisa	Ser menina (p=0,04), pouca gentileza consigo mesmo, pouca humanidade e atenção plena, maior autojulgamento, isolamento e superidentificação (p<0,001)
Jiang, You, Zheng, e Lin (2017b)	658 (40,1% meninas); 13,58±1,04, por conveniência	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS; $\alpha$ : não informado	13,8% durante o ano anterior à pesquisa	Ser menina (p=0,041), ser mais jovem (p=0,0043), pouca confiança, proximidade e comunicação tanto com o pai quanto com a mãe (p<0,001)
Lüdtke et al. (2017)	447 (48% meninas); 14,95±0,74, por conveniência	OSI (Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002); $\alpha$ : 0.79	6,3%, durante o ano anterior à pesquisa)	Comportamento antissocial, problemas de controle da raiva, sofrimento emocional, autoconceito negativos, todos com p<0,01); Traços de temperamento e caráter (pouca prevenção do dano e autotranscendência, ambos com p<0,01) e, falta de autodirecionamento com p=0,03)

Tabela 1

*Estudos transversais, distribuídos por referência, amostra, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20). (Continuação)*

Referência	Amostra	Instrumento mensuração da AMNS/alfas	Prevalência	Fatores associados
Kelada, Hasking e Melvin (2016)	272 (53,3% meninas); 14,50±1,46, por conveniência	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS; $\alpha$ : não informado	17,6% ao longo da vida	Ser menina ( $p=0,04$ ), ser mais velho ( $p=0,002$ ), maior sofrimento psíquico ( $p<0,005$ ), funcionamento familiar empobrecido ( $p<0,001$ ), e utilizar estratégias de regulação emocional mal adaptativas ( $p<0,05$ )
Tang et al. (2016)	4.405(49,7% meninas); 14,7±2,9, randomizados	FASM (Lloyd et al., 1997); $\alpha$ : Moderada/severa: 0.76; menor: 0.81	29,5% sendo 22,6% menor gravidade e 6,6% gravidade moderada/severa durante o ano anterior à pesquisa	Estresse interpessoal, perda e adaptação à saúde, pior capacidade de gerenciamento emocional ( $p<0,001$ )
Somer et al. (2015)	1.656 (55% meninas); 16,8±1,26, randomizados	ISAS (Klonsky & Glenn 2009), $\alpha$ : 0.79 (comportamento), 0.86 (escala interpessoal) e 0.87 (escala intrapessoal)	31,3% durante o ano anterior à pesquisa	Ser mais velho, ansiedade, depressão, auto imagem negativa, hostilidade, desespero, Autoavaliação negativa ( $p<0,001$ ) e somatização ( $p<0,01$ );
Baetens et al. (2014)	1.439(54,8% meninas), com 12 anos, randomizados	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS, $\alpha$ : não informado	4,82% ao longo da vida	Menor escolaridade dos pais ( $p=0,004$ ), não ter emprego remunerado ( $p=0,003$ ), renda familiar menor ( $p=0,03$ ), maior controle comportamental e psicológico, e menor apoio parental ( $p<0,01$ )
Brunner et al. (2014)	12.068 (55,6% meninas); 14,9±0,89, randomizados	Questionário de 6 itens modificado com base nas versões do DSHI (Lundh, Karim, & Quilisch, 2007), $\alpha$ : não informado	27,6% ao longo da vida	Ser menina, ansiedade, sintomas depressivos, consumo de drogas lícitas e ilícitas, vitimização por pares, busca de sensação, comportamento delinquente, falta de atenção dos pais e, ausência religião ( $p<0,001$ )
Evren B., Evren, C., Bozkurt e Can (2014)	4.957 (47,3% meninas); 15,58±2,85, randomizados	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS; $\alpha$ : não informado	14,38% durante o ano anterior à pesquisa	Ser mais velho ( $p=0,04$ ), baixo <i>status</i> socioeconômico, insucesso escolar, notas baixas, punição, absentismo, opinião da família sobre os amigos ( $p<0,01$ )
Gmitrowicz, Kostulski, Kropiwnicki e Zaleska-Janowska (2014)	1.448 (38% meninas); 14,89±1,76, por conveniência	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS, $\alpha$ : não informado	19,5% ao longo da vida	Ser menina, uso de substâncias, fuga de casa, dificuldade de aprendizagem, distúrbios psiquiátricos na família, violência física e psíquica, ansiedade, tristeza, ataques de raiva, experiência de perda de controle ( $p<0,001$ ), repetência escolar ( $p<0,01$ ), insatisfação com a aptidão física ( $p=0,001$ )
Keenan, Hipwell, Stepp e Wroblewski (2014)	2.180 meninas, entre 13 e 14 anos, randomizadas	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS, $\alpha$ : não informado.	6% durante o ano anterior à pesquisa	Problemas de conduta ( $p=0,018$ ) agressão relacional ( $p=0,006$ ), depressão ( $p=0,001$ ), vitimização por pares ( $p=0,004$ ), eventos adversos na vida ( $p=0,002$ ), parentalidade severa ( $p=0,001$ ) e, baixo autocontrole ( $p=0,007$ )
Di Pierro, Sarno, Perego, Gallucci e Madeddu (2012)	267(70,4% meninas); 17,03±0,87, por conveniência	SIQ-TR (Claes, & Vandereycken, 2007); $\alpha$ : 0.61	18,4% durante o ano anterior à pesquisa	Impulsividade ( $p<0,001$ ), ansiedade, depressão e agressão interpessoal ( $p<0,05$ ), má qualidade do relacionamento com a mãe, pouca identificação com a mãe ( $p<0,005$ ), e abuso sexual e físico ( $p<0,005$ )
Howe-Martin, Murrell e Guarnaccia (2012)	211 (50,7% meninas); 16,22±1,23, por conveniência	DSHI adaptado (Gratz, 2001); $\alpha$ : 0.77 a 0.86	16% (últimos 6 meses), e 34% ao longo da vida	Ser menina, supressão do pensamento, alexitimia ( $p<0,001$ )
Sornberger, Heath, Toste e McLouth (2012)	7.126 (50,8% meninas); 14,92±1,61, randomizados	Os participantes foram perguntados se eles já haviam se envolvido em AMNS, $\alpha$ : não informado	24,5%, ao longo da vida	Ser menina ( $p<0,001$ )

DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory; FASM: Function of Self-Mutilation; ISAS: Inventory of Statements about Self-Injury; ISAS-I: Inventory of Statements about Self-Injury -I; OSI: Ottawa Self-Injury Inventory; SIQ-TR: The Self-injury Questionnaire—Treatment Related

## Amostras

Nos estudos transversais, as médias de idade ficaram na faixa de 13,76 e 17,03 anos, com um número maior de estudos com médias entre os 14 e 16 anos. Em 3 estudos não foram encontradas essas médias, um por apresentar apenas a faixa etária (14 a 18 anos), enquanto outros dois preestabeleceram as idades, 12 e 13-14 anos, respectivamente (Tabela 1). Metade da amostra foi randomizada. Nos estudos longitudinais, a maioria dos estudos (60%) foi realizada com amostragem por conveniência, com médias de idade que, em sua maioria, variaram de 14 a 17 anos, com exceção dos estudos que tiveram determinada idade de início (Baetens et al., 2015; Cassels et al., 2018; e, Lundh, Bjärehed, & Wangby-Lundh, 2012) (Tabela 2).

## Instrumentos

Nos estudos transversais, foram utilizados diversos instrumentos, seja na versão completa ou adaptada, como o DSHI, ISAS, ISAS-I, OSI, FASM e o SIQ-TR. Nesses estudos, os alfas variaram entre 0.77 e 0.86, com exceção do SIQ-R( $\alpha$ :0.61). No estudo de Benzi et al. (2018) não foi informado o alfa correspondente ao ISAS. Dos 20 estudos transversais, 10 estudos investigaram a AMNS mediante uma única pergunta diante do *check list* de comportamentos próprios da AMNS, em que apenas um estudo (Lin et al. 2017a) informou o alfa (0.84) (Tabela 1).

Nos estudos longitudinais, os instrumentos utilizados foram o DIB-R, item sobre AMNS do DASI, DSHI, SHBQ, SI-IAT, FASM, com alfas que variaram de 0.70 a 0.92 nos tempos iniciais e de 0.77 a 0.97 nos tempos finais, com exceção do item do DASI ( $\alpha$ : 0.66), além de *check list* dos comportamentos de AMNS antecedidos da pergunta “Você já tentou se machucar de propósito sem tentar se matar?” Alguns estudos (Baetens et al., 2015; Giletta, Burk, Scholte, Engels, & Prinstein, 2013; Glenn, Kleiman, Cha, Nock, & Prinstein, 2015; Tatnell, Hasking, Newman, Taffe, & Martin, 2016; You, Leung, & Fu, 2011) não informaram os alfas alcançados pelos instrumentos utilizados (Tabela 2).

## Prevalências

As prevalências investigadas nos estudos transversais diziam respeito, em sua maioria, ao ano anterior à pesquisa, com variação de 6,3 a 31,3%, sendo que um estudo investigou dos últimos seis meses (Howe-Martin et al. 2012), no qual foi encontrada uma prevalência de 16%. Já os estudos que investigaram a AMNS ao longo da vida evidenciaram taxas mais elevadas,

com variação entre 4,82 e 49,6%. Nos estudos em que foi utilizado o ISAS as taxas foram mais altas: 44,9% e 49,6% (Tabela 1).

Já nos estudos longitudinais (Tabela 2), as prevalências variaram de 5,15 a 41,6% em T1; e, de 5,13 a 46,6% nos tempos finais, com exceção do estudo de Cassels et al. (2018) que iniciou com amostras sem AMNS, culminando em 6 % ao final de 3 anos de acompanhamento. Em grande parte dos estudos pode-se observar um decréscimo das taxas de prevalência ao longo do tempo de acompanhamento, com exceção dos estudos de Baetens et al. (2015), Bjärehed, Wangby-Lundh e Lundh (2012), Cassels et al. (2018), Hankin e Abela (2011), Jutengren, Kerr e Stattin, (2011), Lundh et al. (2012), Tatnell, Kelada, Hasking e Martin (2013), Tatnell et al. (2016) e Voon, Hasking e Martin (2014), nos quais as taxas aumentaram (Tabela 2).

#### Fatores associados

Verificou-se consistência entre as variáveis utilizadas nos diferentes estudos e sua categorização. Tanto nos estudos transversais quanto longitudinais, as variáveis foram classificadas em sociodemográficas, individuais e de manejo de problemas e de emoções, psicossociais relacionais e disposicionais.

#### *Variáveis sociodemográficas*

Quanto ao gênero, nos estudos transversais, as pesquisas nas quais foram encontradas diferenças (Benzi et al., 2018; Brunner et al., 2017; Castro & Kirchner, 2017; Gmitrowicz et al., 2014; Howe-Martin et al., 2012; Jian et al., 2018; Jiang et al., 2017a; Kelada et al., 201; Lin et al., 2017; Monto et al., 2018; Ren et al., 2018; Sornberger et al., 2012), ser menina mostrou-se unanimemente associado à AMNS, enquanto que no estudo de Monto et al., (2018) pertencer a minorias sexuais também esteve associado à AMNS (Tabela 1). Nos estudos longitudinais, embora tenha se encontrado uma prevalência mais significativa no sexo feminino em diversos estudos (Bjärehed et al., 2012; Giletta et al., 2013; Lin, You, Wu, & Jiang, 2017b; You & Leung, 2012; You et al., 2016a; You et al., 2011; You, Lin, Fu, & Leung, 2013; You, Zheng, Lin, & Leung, 2016b), dois estudos apontaram prevalências estatisticamente mais significativas em meninos (Barrocas, Giletta, Hankin, Prinstein, & Abela, 2014; Tatnell et al., 2016) (Tabela 2).

No que diz respeito à idade, esta variável esteve associada com a AMNS em diversos estudos (Evren et al., 2014; Kelada et al., 2016; Jiang et al., 2018; Somer et al., 2015), demonstrando que os adolescentes mais velhos estão mais propensos à AMNS, com exceção

do estudo de Jiang et al. (2017b) em que ser mais jovem esteve associado à AMNS. Uma menor escolaridade dos pais associou-se à AMNS no estudo de Baetens et al. (2014), bem como os pais não terem emprego remunerado e uma renda familiar menor. O baixo *status* socioeconômico também se associou à AMNS no estudo de Evren et al. (2014), bem como a ausência de uma religião (Tabela 1). Nos estudos longitudinais, ser mais velho esteve associado à AMNS no estudo de Tatnell et al. (2016). Não foram encontradas outras variáveis sociodemográficas associadas à AMNS nos estudos longitudinais (Tabela 2).

#### *Variáveis individuais e de manejo de problemas e de emoções*

Quanto às variáveis individuais, nos estudos transversais foram encontradas associações de fatores de personalidade e AMNS. Benzi et al. (2018) encontraram associações da AMNS com concordância social, autocontrole, integração identitária e responsabilidade; enquanto que Lin et al. (2017a) evidenciaram fortes associações da AMNS com neuroticismo e pouca abertura. Já nos achados de Lüdtke et al. (2017), traços de temperamento e caráter e falta de autodirecionamento foram encontrados e, nos de Brunner et al. (2014), associações entre busca de sensação e AMNS também ficaram evidenciadas. Além da baixa autoestima (Lin et al., 2017a), insatisfação com a aptidão física (Gmitrowicz et al., 2014), autoconceito negativo (Lüdtke et al., 2017; Somer et al., 2015), pouca gentileza consigo mesmo, pouca atenção plena, maior autojulgamento, isolamento e superidentificação (Jiang et al., 2017a), repetência e dificuldade de aprendizagem (Gmitrowicz et al., 2014), insucesso escolar e notas baixas (Evren et al., 2014) também se mostraram associadas à AMNS de forma significativa. O mesmo desfecho foi encontrado por Di Pierro et al. (2012) ao verificaram associações entre AMNS e impulsividade (Tabela 1).

Já nos estudos longitudinais, foram encontradas associações entre impulsividade e AMNS (You & Leung, 2012; You et al., 2013; Wang, You, Lin, Xu, & Leung, 2016), especificamente em meninos (Giletta et al., 2013), além da presença de diagnóstico mental (Bjärehed et al., 2011; Cassels et al., 2018), maior autocrítica (Wang et al., 2016; You et al., 2016a) baixa autoestima e baixa autoeficácia (Tatnell et al., 2016) e má qualidade do sono (Bjärehed et al., 2012) ((Tabela 2).

No que diz respeito ao manejo dos problemas e das emoções, nos estudos transversais foram encontradas associações significativas com estratégias de *coping* evitativo (Castro & Kirchner, 2017; Lin et al., 2017a; Ren et al., 2018), com ênfase no menor procura por apoio familiar (Castro & Kirchner, 2017). O *coping* focado no problema mostrou-se um fator de proteção no estudo de Lin et al. (2017a). Associações significativas ainda foram encontradas

entre AMNS e problemas no controle de raiva (Lüdtke et al., 2017), utilizar estratégias de regulação emocional mal-adaptativas (Kelada et al., 2016), pior capacidade de gerenciamento emocional (Tang et al., 2016), hostilidade, desespero (Somer et al., 2015), ataques de raiva, experiência de perda de controle (Gmitrowicz et al., 2014), problemas de conduta e baixo autocontrole (Di Pierro et al., 2012), supressão do pensamento (Howe-Martin et al., 2012) e alexitimia (Howe-Martin et al., 2012; Lin et al., 2017a). Um maior controle comportamental e psicológico de mostrou associado negativamente com AMNS no estudo de Baetens et al. (2014) (Tabela 1).

Nos estudos longitudinais, evidenciaram-se como fatores associados à AMNS a desregulação emocional (Kang et al., 2016), pouca capacidade de reavaliação cognitiva (Tatnell et al., 2016; Voon et al., 2014) supressão e apego ansioso (Tatnell et al., 2016; Tatnell et al., 2013), ruminação e estilo de atribuição negativos (Barrocas et al., 2014) e, desespero (Hankin & Abela, 2011) (Tabela 2).

#### *Variáveis psicossociais relacionais*

Nos estudos transversais estiveram associados à AMNS diferentes tipos de abuso, desde o psicológico (Gmitrowicz et al., 2014), até o abuso físico (Di Pietro et al., 2012) (Gmitrowicz et al., 2014) e sexual (Di Pietro et al., 2012; Monto et al., 2018). Em termos de estresse interpessoal (Tang et al., 2016), a vitimização por pares esteve associada à AMNS em dois estudos (Brunner et al., 2014; Keenan et al., 2014), agressão interpessoal (Di Pietro et al., 2012; Gmitrowicz et al., 2014), comportamento antissocial (Lüdtke et al., 2017), comportamento delinvente (Brunner et al., 2014) e fuga de casa (Gmitrowicz et al., 2014) também se evidenciaram. Ainda, problemas familiares estiveram associados à AMNS, como funcionamento familiar empobrecido (Kelada et al., 2016; Ren et al., 2018), pouca confiança, proximidade e comunicação tanto com o pai quanto com a mãe (Jiang et al., 2017b), falta de atenção dos pais (Brunner et al., 2014), menor apoio parental (Baetens et al., 2014), má qualidade de relacionamento com mãe, punição, opinião negativa da família sobre os amigos (Evren et al., 2014), parentalidade severa e eventos adversos (Gmitrowicz et al., 2014) (Tabela 1).

Quanto às variáveis psicossociais relacionais encontradas associadas à AMNS nos estudos longitudinais, cabe salientar: abuso físico e sexual tanto em meninas como em meninos (Tatnell et al., 2016), abuso físico e emocional em meninas (Kang et al., 2018). No que tange ao estresse interpessoal, intolerância (Cassels et al., 2018; Kang et al., 2018), pouca absorção

e reavaliação (Cassels et al., 2018), eventos adversos e falta de apoio social (Hankin & Abela, 2011; Voon et al., 2014), dificuldades de relacionamento (You et al., 2011), vitimização por pares (Jutengren et al., 2011), premeditação do grupo de pares e urgência negativa (You et al., 2016b), estresse psicológico (Voon et al., 2014), contágio social (You et al., 2013). Nas questões familiares o desfecho não divergiu dos estudos transversais, pois foram encontradas associações significativas entre AMNS e adversidades familiares na infância, funcionamento familiar empobrecido (Cassels et al., 2018), crítica parental (Wang et al., 2016), maior controle parental, (Baetens et al., 2015; You et al., 2016a), punição e punição severa (Baetens et al., 2015), e invalidação familiar (You & Leung, 2012).

### *Variáveis disposicionais*

Sintomas depressivos estiveram associados à AMNS em diversos estudos (Evren et al., 2014; Jiang et al., 2018; Keenan et al., 2014; Monto et al., 2018; Somer et al., 2015). O uso de substâncias também se evidenciou como um fator de risco (Evren et al., 2014; Gmitrowicz et al., 2014; Monto et al., 2018), além da sintomatologia psicológica (Castro & Kirchner, 2017; Kelada et al., 2016; Lüdtke et al., 2017), da ansiedade (Di Pierro et al., 2012; Evren et al., 2014; Somer et al., 2015), e da tristeza (Gmitrowicz et al., 2014) (Tabela 1).

Nos estudos longitudinais diversas similaridades foram encontradas como a associação da AMNS com sintomas depressivos (Barrocas et al., 2014; Giletta et al., 2013; Glenn et al., 2015; Hankin & Abela, 2011; Wang et al., 2016; You et al., 2013; You et al., 2016b), uso de substâncias (Glenn et al., 2015), ansiedade (Wang et al., 2016), sintomatologia psicológica (Bjärehed et al., 2011). Em diversos estudos foi apontada a associação entre a AMNS no T1 e AMNS nos tempos seguintes (Glenn et al., 2015; Jutengren et al., 2011; Wang et al., 2016; You et al., 2016b; You et al., 2013) (Tabela 2).

Tabela 2

*Estudos longitudinais, distribuídos por referência, amostra, idade, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20).*

<b>Autores/ano</b>	<b>Amostra</b>	<b>Idade</b>	<b>Instrumento mensuração da AMNS/Alfas</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
Kang et al. (2018)	T1: 3.555 (52% meninas); T2: 2.621 (53,5% meninas; T3: 2.259 (53,8% meninas) Randomizada	T1: 15,63(1,67); T2: 15,28(1,50); T3: 15,11(1,57)	Check list com base no DIB-R (Zanarini et al. 1989). Alfas: 0.80; 0.82; 0.74 para T1, T2 e T3, respectivamente	T1: 13,8%; T2: 12,4%; T3: 11,5%	Nas meninas (abuso físico e abuso emocional, e disregulação emocional); Ambos os sexos (estresse (intolerância, pouca avaliação e absorção) todos com p<0,01
Cassels et al. (2018)	T1:1.202 (1059 sem histórico de NSSI ao longo da vida); T3: 933; Randomizada	T1: 14 anos T2: 15,5 anos; T3: 17 anos	Item do DAS-I (autores não informados): Você já tentou se machucar de propósito sem tentar se matar? Alfa: 0.66	T1: Sem AMNS; T3: 6% (3 anos depois) e 11,9% ao longo da vida	Adversidades familiares na infância (p=0,020), diagnóstico mental (0,037, pior funcionamento familiar (p=0,007)

Tabela 2

Estudos longitudinais, distribuídos por referência, amostra, idade, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20). (continuação)

Autores/ano	Amostra	Idade	Instrumento mensuração da AMNS/Alfas	Prevalência	Fatores associados
Lin et al. (2017b)	T1: 2.170 (52,03%) T2: 1.832 (51,7% meninas), Randomizada	T1: 15,82(0,36); T2: 16,82(0,36)	12 itens selecionados DSHI (Gratz, 2001) Alfas: 0,84 e 0,85 para T1 e T2, respectivamente	T1:19,9%; T2: 14%	Ser menina (p<0,005), estresse: pouca tolerância, absorção e avaliação (p<0,01)
Wang et al. (2017)	T1:5.423 (52,7% meninas); T2: 3.999 (52,6% meninas); T3: 52,6% meninas) Amostra final\: 3.381 (52,6% meninas); Por conveniência	14,63(1,23) Amostra final: 14,5(1,09)	Check list de 7 itens. Alfas: 0,72, 0,71 e 0,77, no T1, T2 e T3, respectivamente	Nos 6 meses anteriores :T1:18,3%; T2: 12,5%; T3:8,8%	Nos 3 tempos: impulsividade, depressão, ansiedade, autocrítica, relacionamento instável, crítica parental. Nos tempos 2 e 3, com AMNS anterior (p<0,01)
Tatnell et al. (2016)	2.637 (68% meninas)	T1: 14,17(1); T2:15,12(0,96); T3: 16,02(0,94)	SHBQ (Gutierrez, Osman, Barrios, & Kopper, 2001); Alfa: não informado	T1: 9,4% (Durante ano anterior à pesquisa); T2: 9,1% (12 meses após T1); T3: 9,6% (24 meses após T1).	Em T1 e T2: pouca capacidade de reavaliação; em T2 e T3: ser menino; e nos 3 tempos: ser mais velho, apego ansioso, supressão, e abuso físico e sexual, todos com p<0,01
You et al. (2016a)	T1:5.423 (52,7% meninas); T2: 3.999 (52,6% meninas); T3:3.600 (52,6% meninas); Por conveniência	T1: 14,63(1,25)	Check list de 7 itens: Alfas: 0,79, 0,74 e 0,79, em T1, T2 e T3, respectivamente.	T1: 18,1% (durante o ano anterior à pesquisa); T2: 12,2% (6 meses após T1); T3:8,3% (12 meses após T1).	Ser menina, maior controle parental percebido e maior autocrítica (p<0,001)
You et al. (2016b)	T1: 2.402 (64,2% meninas); T2: 1.715 (67,2% meninas); Randomizada	15,06(1,47)	Ckeck list de 7 itens, Alfas: T1: 0,86; T2: 0,84	T1: 12,7 (ano anterior à pesquisa) T2: 9,6% (6 meses posterior à T1)	T1 e T2: ser menina (p<0,05), sintomas depressivos (p<0,001), premeditação do grupo de pares (p<0,01), urgência negativa (p<0,001) e, em T2: AMNS anterior (p<0,001)
Glenn et al. (2015)	T1:662 (57,7% meninas), T2: 650, T3: 610; Por conveniência	13,14(0,7)	SI-IAT (Nock & Banaji, 2007) Alfa: não informado	T1:33,9% (durante o ano anterior à pesquisa; T2: 31,7% (12 meses após T1); T3: 28,4% (24 meses após T1).	Sintomas depressivos (p<0,001), Problemas com alcoolismo (p=0,029), AMNS anterior (p<0,001), em T2.
Baetens et al. (2015)	T1: 1.396; T2: 827; T3: 754; Randomizada	T1: 12 anos; T2: 13 anos; T3: 14 anos	Você se machucou intencionalmente (por exemplo, corte, queimadura, arranhão) este ano, sem a intenção de morrer? Alfas: não informado	T1: 5,15% (durante o ano anterior à pesquisa); T2: 2,48% (12 meses após T1); T3: 5,13% (24 meses após T1); e, 10,7% ao longo da vida	Negativamente com: parentalidade positiva (p=0,05) e estabelecimento de regras (p=0,02); Positivamente: controle parental (p=0,02), punição(0,02), punição severa (p=0,04)
Barrocas et al. (2014)	617 (51,4% meninas); Por conveniência	16,02 (0,61)	Check list de 5 itens Alfas: Entre 0,92 e 0,97 nas 8 medidas	Entre 24% e 11 % no T1 e T8, com taxa de 46,6% ao longo das 8 medidas (3 meses de intervalo)	Ser menino, estilos de atribuição negativos(p<0,05), depressão e ruminação (p<0,01)

Tabela 2

Estudos longitudinais, distribuídos por referência, amostra, idade, instrumento de mensuração da AMNS/alfas, prevalências e fatores associados (n=20). (Continuação)

Autores/ano	Amostra	Idade	Instrumento mensuração da AMNS/Alfas	Prevalência	Fatores associados
Voon et al. (2014)	T1: 2.637 (68% meninas); T2: 2.328 (70,7% meninas) T3:1.984 (71,2% meninas) Randomizada	T1:13,9(0,99); T2:14,9(0,96); T3:15,8(0,96),	SHBQ-A (Gutierrez, Osman, Barrios, & Kopper, 2001) Alfas: entre 0.88 e 0.93	8,1% a 10,1% T1: ano anterior à pesquisa; T2:12 meses após T1; T3: 24 meses após T1	Positivamente: eventos adversos na vida, estresse psicológico e supressão (p<0,01); Negativamente: reavaliação cognitiva (p<0,01)
Tatnell et al. (2013)	1.973 (71,7% meninas); Por conveniência	13.89 (0.97)	SHBQ (Gutierrez et al., 2001); Alfa: 0.87	8,3% a 11,9% T1: ao longo da vida T2: 12 meses após T1	Negativamente (autoestima, autoeficácia, reavaliação cognitiva, p<0,001); positivamente (supressão: p<0,001); fatores interpessoais: negativamente (suporte familiar, suporte dos amigos, suporte de outras pessoas importantes (p<0,001); e positivamente (apego ansioso com p<0,05).
Giletta et al. (2013)	348 (55% meninas) Randomizada	1502(0,53)	Com que frequência se engajaram em 6 comportamentos autolesivos não suicidas diferentes? Alfa: não informado	Meninos de 24,8% a 9%; meninas de 32,8% a 13 %. T1: ano anterior à pesquisa; T2: 6 meses apósT1	Ser menina, sintomas depressivos dos amigos (para meninos e meninas) e, impulsividade nos meninos (p<0,001)
You et al. (2013)	5.787(54,2% meninas) Randomizada	14,64(1,25)	Check list de 7 itens, Alfas: 0.86 e 0.84, em T1 e T2	T1: 12,7% (6 meses anteriores à pesquisa) T2: 9,2%	Ser menina, AMNS anterior, comportamentos impulsivos mal-adaptativos, sintomas depressivos e melhores amigos com AMNS (p<0,001)
Lundh et al. (2012)	881 adolescentes (51% meninas) Por conveniência	T1:13-14 anos; T2: 14-15 anos	DSHI-9r (Gratz, 2001) Alfa: 0.90	T1:41,6% (6 meses anteriores à pesquisa) T2:41,8% (12 meses apósT1)	Má qualidade do sono (0,001 e 0,01 em T1 e T2, respectivamente), dificuldades psicológicas e AMNS anterior, em T2(p<0,001)
You e Leung (2012)	4.782 (67,11% meninas) Por conveniência	14,72(1,94)	Check list de 5 comportamentos Alfa: 0.84	15% no geral (todos os tempos)	Ser menina, depressão, invalidação familiar, e comportamentos impulsivos (p<0,001)
Bjärehed et al. (2012)	984 (50,5%) Por conveniência	T1: 13,7 T2: 14,7	(DSHI (Gratz, 2001); Alfa: 0.90	T1:41,5% (6 meses anteriores à pesquisa); T2: 42,9% (12 meses após T1)	Ser menina problemas de conduta e psicológicos (p<0,001), déficit de atenção e hiperatividade (p<0,01), problemas emocionais (p<0,05)
You et al. (2011)	2.435 (57,6% meninas) Por conveniência	14,63(1,25)	Check list e 12 comportamentos Alfa: não informado	T1:24,9% (ano anterior à pesquisa) T2:13,9% (6 meses após T1)	Ser menina, emoções negativas, problemas de relacionamento(p<0,001)
Jutengren et al. (2011)	880 (49,4% meninas) Por conveniência	13,72(0,78)	DSHI-9 (Gratz, 2001); Alfas: 0.87 e 0.82, em T1 e T2.	T1:34% (6 meses anteriores); T2: 36% (12 meses após T1)	AMNS anterior, e vitimização por pares (p<0,01)
Hankin e Abela (2011)	103(61,2% meninas) Por conveniência	12,63(1,25)	FASM (Lloyd, Kelley, & Hope, 1997); Alfa: 0.70 e 0.72, em T1 e T2.	T1: 8% (ano anterior); 14% entre T1 e T2 (30 meses depois) T2: 18%	Estilos cognitivos negativos, depressão, e pais com histórico de depressão (0,05); eventos estressores, interações negativas, busca excessiva de segurança e desespero (p<0,01) e falta de apoio social (p<0,001)

DIB-R: Revised Diagnostic Interview for Borderlines; DASI: Drug, alcohol and self-injury questionnaire; DSHI-9r: Deliberate Self-Harm Inventory, 9-item version; FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation; -SHBQ-A: Self-Harm Behavior Questionnaire-Part A; SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire; SI-IAT: Self-Injury Implicit Association Test  
Fonte: dados da pesquisa (2019).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo apresentar uma visão ampla sobre prevalências e fatores associados à AMNS entre adolescentes de amostras comunitárias. Altas prevalências foram encontradas tanto nos estudos transversais como longitudinais, com uma grande diversificação de taxas, o que pode ser explicado, em parte, pelo uso de diferentes instrumentos de mensuração da AMNS, incluindo a utilização de uma medida de item único, algo comum na pesquisa do AMNS e que foi anteriormente demonstrado que produz estimativas consistentes de prevalência (Muehlenkamp et al., 2012). A variação entre as taxas de prevalências vai ao encontro dos achados de outros pesquisadores, os quais relataram que a prevalência ao longo da vida do AMNS varia de 14,3% a 48,7% (Allroggen et al., 2014; Brunner et al., 2014; Garisch & Wilson, 2015). Meninas estão mais sujeitas à AMNS, embora não seja regra, uma vez que foram encontrados estudos em que os meninos apresentaram taxas significativamente mais altas.

No que tange à idade, na presente revisão, ser mais velho foi um fator associado à AMNS; entretanto, em alguns estudos longitudinais as taxas de prevalência diminuíram ao longo do tempo de acompanhamento. Pesquisas anteriores mostram consistentemente que a idade de início do AMNS oscila entre 12 e 14 anos (Jacobson & Gould, 2007; Nock & Prinstein, 2004; Stallard, Spears, Montgomery, Phillips, & Sayal, 2013; Tatnell et al., 2013), entretanto, as taxas tendem a diminuir quando o adolescente se aproxima da idade adulta, como demonstram alguns estudos desta revisão (Kang et al., 2018; Wang et al., 2016).

Pesquisas transversais examinando taxas de AMNS documentaram que o início do AMNS ocorre geralmente entre 13 e 15 anos de idade (Barrocas et al., 2014; Plener et al., 2018) e que a AMNS geralmente se torna mais prevalente e aumenta durante a adolescência média (Barrocas et al. 2012), o que foi corroborado por esta revisão. No entanto, devido à escassez de pesquisas longitudinais, pouco se sabe sobre como o AMNS progride e é mantida durante a adolescência. Descobertas de um estudo longitudinal examinando a AMNS em uma amostra do ensino médio sugerem que as taxas e a frequência do envolvimento do AMNS nos últimos meses tenderam a diminuir do 9º ao 11º ano (Giletta et al., 2013). Até onde se sabe, a pesquisa ainda precisa avaliar as mudanças no envolvimento do AMNS ao longo do tempo. No presente estudo ocorreram tanto diminuições quanto aumentos das taxas ao longo do tempo. Portanto, permanece desconhecido como, em média, a AMNS muda durante a adolescência. Em outras palavras, o envolvimento do AMNS pode aumentar, diminuir ou permanecer estável ao longo

do tempo. Começar a mapear o curso geral e a padronização do AMNS durante a adolescência, quando esse comportamento é altamente prevalente, pode contribuir para fornecer informações preliminares sobre quais períodos específicos da adolescência representam o maior risco para o envolvimento do AMNS.

Quanto aos estilos de enfrentamento, tanto os estudos transversais quanto longitudinais apontam que o *coping* evitativo se associa à AMNS. Em um estudo realizado entre adolescentes norte-americanos, Cawood e Huprich (2011) descobriram que aqueles que se envolveram em AMNS apresentaram estilos de enfrentamento mal-adaptativos, como abordagens emocionais e / ou evitativas. Enquanto isso, em adolescentes australianos, Andrews, Martin, Hasking e Page (2014) descobriram que o início da AMNS estava associado ao baixo uso de enfrentamento de resolução de problemas. Acredita-se que o AMNS possa ser, por si só, uma estratégia de enfrentamento mal-adaptativa (Ren et al., 2018), que em geral é interpretada como uma forma de regular emoções intensas (Nock & Prinstein, 2005), quando formas mais funcionais estão indisponíveis.

Funcionamento familiar empobrecido esteve associado à AMNS tanto nos estudos transversais quanto longitudinais e, nesse sentido, a literatura explica que os relacionamentos de apego pobres podem levar à ansiedade, e a crítica parental na adolescência tem mostrado contribuir para o início do AMNS (You & Leung, 2012). Dado o aumento da confiança nos pares, o apoio social entre os adolescentes pode fornecer uma visão mais aprofundada sobre a dinâmica entre o AMNS e os fatores interpessoais que os colocam em risco (Hasking, Momeni, Swannell, & Chia, 2008; Prinstein et al. 2010; You et al. 2013). Em um dos estudos longitudinais, Hankin e Abela (2011) descobriram que a falta de suporte social foi um preditor significativo para o início do AMNS. A falta de suporte social também tem sido implicada na manutenção e gravidade do AMNS (Muehlenkamp et al. 2013; Taylor, MacDonald, Smith, Nicholson, & Forrester, 2018), enquanto a presença de apoio facilita a cessação do comportamento (Rotolone & Martin, 2012). Hilt, Cha e Nolen-Hoeksema (2008) também demonstraram aumentos na qualidade das relações com os pais pós-AMNS, indicando uma potencial propriedade de reforço social da AMNS, em que o apoio social pode, possivelmente, ser uma resultante do comportamento. Sendo este o caso, é interessante examinar como os fatores de relacionamento podem diferir entre aqueles que continuam a se envolver no AMNS e aqueles que cessam o comportamento.

Corroborando os achados desta revisão, pesquisadores explicam que a presença de AMNS é frequentemente associada a níveis mais altos de depressão ou ansiedade (Lan, Jia,

Lin, & Liu, 2019; Sarno, Madeddu, & Gratz, 2010). Além disso, estudos indicam que os adolescentes que se automutilam são geralmente mais impulsivos que os que não se automutilam (Janis & Nock, 2009) e que a presença de AMNS está associada a maior níveis de agressão interpessoal (Fliege et al., 2009).

### **Considerações finais**

A revisão desses 40 artigos sobre a prevalência e os fatores associados à AMNS na adolescência sublinha a necessidade de que se pesquise formas de intervenção psicossocial, especialmente em contextos escolares, local de grande circulação de adolescentes. Com base nesse conhecimento, parece ser importante investigar concomitantemente a presença de patologias paralelas de internalização e externalização e sua conexão com o AMNS, pois pode ajudar a identificar as populações mais ameaçadas pela AMNS.

A principal limitação desta revisão é a heterogeneidade dos instrumentos, o que dificulta a comparação dos resultados dos artigos incluídos. Outra limitação é que pode se ter perdido alguns artigos relevantes sobre este tópico. Em primeiro lugar, porque foram incluídos apenas artigos escritos em inglês. Em segundo lugar, por ter sido escolhido o método padrão e a procura por publicações ter sido realizada em grandes bases de dados de literatura indexada, o que poderia ser ampliado numa busca no Google Acadêmico. Foram encontradas diferenças nos descritores, o que também poderia ser uma explicação para as diferenças dos achados. Por fim, o comportamento de AMNS, que é um problema difuso e perigoso, é frequente entre os adolescentes e é importante avaliar os fatores psicológicos e sociais associados para entender melhor sua natureza e planejar os programas de tratamento.

Os resultados apontam implicações para a prática em diversos âmbitos. Faz-se necessário uma maior atenção às questões do desenvolvimento no contexto atual, o qual suscita a AMNS como alternativa. Salienta-se que é preciso um trabalho voltado ao preparo da criança e do adolescente para desenvolverem formas de lidar com sentimentos aversivos e situações frustrante de forma assertiva. Ainda, políticas atentas para as relações familiares, e as escolas podem abordar o tema no sentido de estimular aspectos psicológicos positivos.

### **Referências**

- Allroggen, M., Kleinrahm, R., Rau, T. A., Weninger, L., Ludolph, A. G., & Plener, P. L., (2014). Nonsuicidal self-injury and its relation to personality traits in medical students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 300-304.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000122>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., & Page, A. (2013). Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prevention Science, 15*(6), 850–859. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0412-8>
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *The Journal of Early Adolescence, 34*(3), 387–405. <https://doi.org/10.1177/0272431613494006>
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2015). The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: a longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0059-2>
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. Z. (2014). Nonsuicidal self-injury in adolescence: longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(2), 369–380. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9895-4>
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. L., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics, 130*, 39-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Benzi, I. M. A., Sarno, I., & Di Pierro, R. (2018). Maladaptive personality functioning and non-suicidal self-injury in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry 15*(4), 215-221. doi inexistente.
- Bjärehed, J., Wångby-Lundh, M., & Lundh, L.-G. (2012). Nonsuicidal self-Injury in a community sample of adolescents: subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence, 22*(4), 678–693. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00817.x>
- Brown, R., & Plener, P. (2017). Non-suicidal self-Injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports, 19*(20), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W.,... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*, 337-348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Cassels, M., van Harmelen, A.-L., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., & Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(8), 881–887. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12866>

- Castro, K., & Kirchner, T. (2017). Coping and psychopathological profile in nonsuicidal self-injurious Chilean adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 74*(1), 147–160. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Cawood, C. D., & Huprich, S. K. (2011). Late adolescent nonsuicidal self-injury: the roles of coping style, self-esteem, and personality pathology. *Journal of Personality Disorders, 25*(6), 765–781. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.765>
- Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry, 21*(9), 511–520. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0289-2>
- Durand, S. C., & McGuinness, T. M. (2015). Adolescents who self-injure. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 54* (4), 26-29. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160318-04>
- Evren, C., Evren, B., Bozkurt, M., & Can, Y. (2014). Non-suicidal self-harm behavior within the previous year among 10th-grade adolescents in Istanbul and related variables. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*(7), 481–487. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.872699>
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 283-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 352–361. doi inexistente.
- Fliege H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 477–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.013>
- Garisch, J. A., & Wilson, M. S., 2015. Prevalence, correlates, and prospective predictors of nonsuicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*, 28. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0055-6>
- Giletta, M., Burk, W. J., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., & Prinstein, M. J. (2013). Direct and indirect peer socialization of adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Research on Adolescence, 23*(3), 450–463. <https://doi.org/10.1111/jora.12036>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Cha, C. B., Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2015). Implicit cognition about self-injury predicts actual self-injurious behavior: results from a longitudinal study of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(7), 805-813. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12500>
- Gmitrowicz, A., Kostulski, A., Kropiwnicki, P., & Zalewska-Janowska, A. (2014). Cutaneous deliberate self-harm in Polish school teenagers – an interdisciplinary challenge. *Acta Dermato Venereologica, 94*(4), 448-453. <https://doi.org/10.2340/00015555-1690>

- Gromatsky, M. A., Waszczuk, M. A., Perlman, G., Salis, K. L., Klein, D. N., & Kotov, R. (2017). The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.013>.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Guerreiro, D. F., Sampaio D., & Figueira, M. L. (2014). *Relatório de investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afectivo e estratégias de coping"*. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia. Universidade de Lisboa. Recuperado em <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/143>.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2 ½-year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.056>
- Hasking, P., Momeni, R., Swannell, S., & Chia, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 208–218. <https://doi.org/10.1080/13811110802100957>
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x>
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 63-71. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., & Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 809-829. <https://doi.org/10.1002/jclp.21868>
- Hughes, C. D., King, A. M., Kranzler, A., Fehling, K., Miller, A., Lindqvist, J., & Selby, E. A. (2019). Anxious and overwhelming affects and repetitive negative thinking as ecological predictors of self-injurious thoughts and behaviors. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-09996-9>
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147. doi: <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- Janis, I. B., & Nock, M. K. (2009) Are self-injurers impulsive? Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*, 169, 261-267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.041>
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Craford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17, 1-19. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748404>.

- Jiang, Y., Ren, Y., Liang, Q., & You, J. (2018). The moderating role of trait hope in the association between adolescent depressive symptoms and nonsuicidal self-injury. *Personality and Individual Differences, 135*, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.010>
- Jiang, Y., You, J., Ren, Y., Sun, R., Liao, S., Zhu, J., & Ma, N. (2017a). Brief report: a preliminary comparison of self-compassion between adolescents with nonsuicidal self-injury thoughts and actions. *Journal of Adolescence, 59*, 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.019>
- Jiang, Y., You, J., Zheng, X., & Lin, M. P. (2017b). The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from nonsuicidal self-injury. *School Psychology Quarterly, 32*(2), 143-155. <https://doi.org/10.1037/spq0000187>
- Jutengren, G., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: a two-wave longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 49*(2), 249-264. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.11.001>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research, 206*(2-3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kang, N., Jiang, Y., Ren, Y., Gong, T., Liu, X., Leung, F., & You, J. (2018). Distress intolerance mediates the relationship between child maltreatment and nonsuicidal self-injury among chinese adolescents: a three-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence, 7*. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0877-7>
- Keenan, K., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Wroblewski, K. (2014). Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Development and Psychopathology, 26*(03), 851–862. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000431>
- Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Adolescent NSSI and recovery. *Youth & Society, 0044118X1665315*. <https://doi.org/10.1177/0044118X16653153>
- Lan, T., Jia, X., Lin, D., & Liu, X. (2019). Stressful life events, depression, and non-suicidal self-injury among chinese left-behind children: moderating effects of self-esteem. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00244>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine, 6*(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lin, M.-P., You, J., Ren, Y., Wu, J. Y.-W., Hu, W.-H., Yen, C.-F., & Zhang, X. (2017a). Prevalence of nonsuicidal self-injury and its risk and protective factors among adolescents in Taiwan. *Psychiatry Research, 255*, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.028>

- Lin, M.-P., You, J., Wu, Y. W., & Jiang, Y. (2017b). Depression mediates the relationship between distress tolerance and nonsuicidal self-injury among adolescents: one-year follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12382>
- Lüdtke, J., Weizenegger, B., Rauber, R., Contin, B., In-Albon, T., & Schmid, M. (2017). The influence of personality traits and emotional and behavioral problems on repetitive nonsuicidal self-injury in a school sample. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 214-223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.005>
- Lundh, L.-G., Bjärehed, J., & Wångby-Lundh, M. (2012). Poor sleep as a risk factor for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(1), 85-92. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9307-4>
- Meszaros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>
- Monto, M. A., McRee, N., & Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal self-injury among a representative sample of us adolescents, 2015. *American Journal of Public Health*, *108*(8), 1042-1048. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304470>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(1). <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>
- Nock, M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 339–63. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(1), 140-146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *140*(7), 867-872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt Online*, *115*(3), 23–30. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the

- literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self-injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 669-682. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0>
- Ren, Y., Lin, M.-P., Liu, Y.-H., Zhang, X., Wu, J. Y.-W., Hu, W.-H., & You, J. (2018). The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and nonsuicidal self-injury among Taiwanese adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1246–1257. <https://doi.org/10.1002/jclp.22587>
- Rotolone, C., & Martin, G. (2012). *Giving up Self-Injury: A comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers*. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 147-158. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.667333>
- Sarno, I., Madeddu, F., & Gratz, K. L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, 25(3), 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.05.007>
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Başay, B., Güngör, D., Başay, Ö., & Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1163-1171. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1060-z>
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 266-78. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x>
- Stallard, P., Spears, M., Montgomery, A. A., Phillips, R., & Sayal, K. (2013). Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. *BMC Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-328>
- Suyemoto, K. L., & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy* 32, 162-171. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.1.162>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Tang, J., Yang, W., Ahmed, N. I., Ma, Y., Liu, H.-Y., Wang, J.-J.,... Yu, Y.-Z. (2016). Stressful life events as a predictor for nonsuicidal self-injury in southern Chinese adolescence. *Medicine*, 95(9), e2637. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002637>

- Tatnell, R., Hasking, P., Newman, L., Taffe, J., & Martin, G. (2016). Attachment, emotion regulation, childhood abuse and assault: examining predictors of NSSI among adolescents. *Archives of Suicide Research, 21*(4), 610-620. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1246267>
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2013). Longitudinal analysis of adolescent nssi: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(6), 885-896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>
- Taylor, P. J., McDonald, J., Smith, M., Nicholson, H., & Forrester, R. (2018). Distinguishing people with current, past, and no history of non-suicidal self-injury: shame, social comparison, and self-concept integration, *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.033>
- Thomassin, K., Shaffer, A., Madden, A., & Londino, D. L. (2016). Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Research, 244*, 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.050>
- Voon, D., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Change in emotion regulation strategy use and its impact on adolescent nonsuicidal self-injury: a three-year longitudinal analysis using latent growth modeling. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(3), 487-498. <https://doi.org/10.1037/a0037024>
- Wang, B., You, J., Lin, M.-P., Xu, S., & Leung, F. (2016). Developmental trajectories of nonsuicidal self-injury in adolescence and intrapersonal/interpersonal risk factors. *Journal of Research on Adolescence, 27*(2), 392-406. <https://doi.org/10.1111/jora.12273>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics, 117*, 1939–1948. <https://doi:10.1542/peds.2005-25>
- Xavier, A., Pinto Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: the role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Child & Youth Care Forum, 45*(4), 571-586. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9346-1>
- You, J., & Leung, F. (2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence, 35*(2), 389–395. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.020>
- You, J., Jiang, Y., Zhang, M., Du, C., Lin, M.-P., & Leung, F. (2016a). Perceived parental control, self-criticism, and nonsuicidal self-injury among adolescents: testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. *Archives of Suicide Research, 21*(3), 379-391. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199989>
- You, J., Leung, F., & Fu, K. (2011). Exploring the reciprocal relations between nonsuicidal self-injury, negative emotions and relationship problems in chinese adolescents: a longitudinal cross-lag study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(5), 829-836. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9597-0>

- You, J., Lin, M. P., Fu, K., & Leung, F. (2013). The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 993-1004. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9734-z>
- You, J., Zheng, C., Lin, M.-P., & Leung, F. (2016b). Peer group impulsivity moderated the individual-level relationship between depressive symptoms and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescence*, 47, 90-99. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.12.008>

## 4.2 ARTIGO 2

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA ENTRE  
ADOLESCENTES ESCOLARES DE MONTENEGRO/RS

A ser submetido ao periódico: Psicologia Ciência e Profissão

Conceito Qualis para Psicologia: A2

Título: Prevalência e fatores associados à automutilação não suicida entre adolescentes escolares de Montenegro/RS

Título em inglês: Prevalence and factors associated to nonsuicidal self-injury among school adolescents from Montenegro/RS

Título em espanhol: Prevalencia y factores asociados a la automutilación no suicida entre adolescentes escolares de Montenegro/RS

Título resumido: Prevalência e fatores associados à automutilação não suicida

Mara Cristiane von Mühlen  
Graduação em Psicologia, mestranda em Psicologia e Saúde.  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.  
von Mühlen, M. C.  
psicoulbra.mara@hotmail.com

Sheila Gonçalves Câmara  
Doutora em Psicologia  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.  
Câmara, S. G.  
Sheila.gcâmara@gmail.com

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS)

## Resumo

Comportamentos de automutilação não suicida entre adolescentes são aqueles que, intencionalmente, provocam autolesões, sem ideação suicida. Sua prevalência, em diversos contextos, tem se mostrado elevada, podendo ser considerada como um problema de saúde pública. O presente estudo investigou a prevalência e os fatores associados à automutilação não suicida entre 878 adolescentes escolares de Montenegro/RS. Como instrumentos foram utilizados: Inquérito sociodemográfico, Escala de automutilação não suicida, Escala Brasileira de *Coping* para Adolescentes, *Trait meta-mood scale*, Escala de comunicação com pessoas de referência, Escala de estresse interpessoal, Questionário sobre Traumas na Infância, Escala de habilidades interpessoais, *General Health Questionnaire* – 12 itens, e Escala de Afetos Positivos e Negativos. Uma alta prevalência (53,9%) se evidenciou e a análise de regressão logística hierárquica demonstrou que apresentam mais chances de automutilação não suicida adolescentes de 13 a 17 anos, de classificação econômica A e B, com ausência de prática religiosa, pouca clareza e pouca reparação emocional, com maior dificuldade na comunicação com pessoas de referência, maior estresse interpessoal, presença de Transtornos mentais comuns e maior experiência de afetos negativos. A prevenção e intervenção na automutilação não suicida são necessárias entre os adolescentes montenegrinos, principalmente nas escolas, porque os adolescentes passam a maior parte do tempo nesse ambiente. É necessário incentivar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento funcionais, não apenas contra a automutilação não suicida, mas também contra problemas psicológicos em geral.

Palavras-chave: Adolescência. Automutilação não suicida. Fatores associados

### Abstract

Nonsuicidal self-injury behaviors among adolescents are those that intentionally provoke self-harm without suicidal ideation. Its prevalence in several contexts has been high and it can be considered as a public health problem. The present study investigated the prevalence and factors associated with nonsuicidal self-injury among 878 school adolescents from Montenegro / RS. As research instruments the researcher has used the Sociodemographic survey; Nonsuicidal self-injury scale; Brazilian Coping Scale for adolescents; Trait meta-moodscale; Communication scale with reference people; Interpersonal stress scale; Childhood Trauma Questionnaire; Interpersonal social skills Scale; General Health Questionnaire – 12 items and Positive and Negative Affect scale. A high prevalence of (53.9%) was found and the hierarchical logistic regression analysis showed that there are more chances of nonsuicidal self-injury among adolescents aged 13 to 17 years, of economic classification A and B, with no religious practice, little clarity and poor emotional repair, with greater difficulty communicating with referrals, with greater interpersonal stress, with presence of common mental disorders and with a greater experience of negative affect. Prevention and intervention in nonsuicidal self-injury is necessary among Montenegrinos adolescents, especially in schools, as this is where adolescents spend most of their time. It is necessary to encourage the development of functional coping strategies, not only against nonsuicidal self-injury, but also against psychological problems in general.

Key-words: Adolescence; Nonsuicidal self-injury; Associated Factors.

## Resumen

Conductas de automutilación no suicida entre adolescentes son aquellas que, intencionadamente, provocan autolesiones sin ideación suicida. Su prevalencia en diferentes contextos se ha mostrado elevada y se puede considerar como un problema de sanidad pública. El presente estudio investigó la prevalencia y los factores asociados a la automutilación no suicida entre 878 adolescentes escolares de Montenegro/RS. Fueron utilizados como instrumentos: investigación sociodemográfica, Escala de automutilación no suicida, Escala Brasileña de Coping para Adolescentes, *Trait meta-mood scale*, Escala de comunicación con personas de referencia, Escala de estrés interpersonal, Cuestionario sobre Traumas de la Infancia, Escala de habilidades interpersonales, *General Health Questionnaire* – 12 notas y Escala de afectos positivos y negativos. Una alta prevalencia (53,9%) se evidenció y el análisis de regresión logística jerárquica demostró que presentan más probabilidades de automutilación no suicida los adolescentes de 13 a 17 años, de clasificación económica A Y B, con la ausencia de práctica religiosa, poca claridad y poca reparación emocional, con mayores dificultades en la comunicación con personas de referencia, mayor estrés interpersonal, presencia de trastornos mentales comunes y mayor experiencia de afectos negativos. La prevención e intervención acerca de la automutilación no suicida son necesarias entre los adolescentes montenegrinos, fundamentalmente en las escuelas, pues los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo en este ambiente. Es necesario incentivar el desarrollo de estrategias de afrontamiento funcional, no solamente contra la automutilación no suicida, sino también contra los problemas psicológicos en general.

Palabras Clave: Adolescencia. Automutilación no suicida. Factores asociados.

## Introdução

A adolescência é considerada como uma etapa do ciclo vital, que vai dos 10 aos 19 anos, caracterizada por diversas alterações físicas e psicológicas (WHO, 2014). Os comportamentos adotados e as condições de vida nesse período têm um sério impacto na saúde, na construção identitária e no desenvolvimento dos adolescentes, com efeitos importantes sobre sua saúde na idade adulta (Dick & Ferguson, 2015). Cerca de metade das psicopatologias começa aos 14 anos, mas a maioria dos casos não é reconhecida e nem tratada, com sérias consequências para a saúde mental ao longo da vida (WHO, 2014). Nesse cenário e, a partir dele construído, tem se observado o aumento da prática automutilante não suicida entre os adolescentes (Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2013; Nock, 2010; Plener et al., 2013; Prinstein et al., 2010; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006).

A definição dos comportamentos de automutilação varia de automutilação a automutilação não suicida (AMNS), conforme a inclusão ou exclusão da tentativa de suicídio (Nock, 2010). No caso da AMNS, ancorando-se em explicações teóricas (Jutengren, Kerr, & Stattin, 2011; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Plener et al., 2013; Somer et al., 2015), percebe-se que tanto os antecedentes quanto o resultado esperado da prática diferem fundamentalmente da tentativa de suicídio. Os comportamentos de AMNS são entendidos como aqueles em que o adolescente provoca lesões em si mesmo, de modo intencional, sem o componente da ideação suicida (Brow & Plener, 2017; *International Society for the Study of Self-Injury*, 2018), excluindo-se os comportamentos socialmente aceitos, como tatuagens e *piercings* (Nock, 2010).

Entre as formas mais comuns de automutilação não suicida estão corte de pele, arranhões, riscas severas, morder-se, bater em si mesmo, bater a cabeça na parede, puxar os próprios cabelos (Muehlenkamp & Brausch, 2012; Nock, 2010). Geralmente, esses

comportamentos acontecem em cenário privado, uma vez que se encontram associados a um forte sentimento de vergonha (Silva & Siqueira, 2017).

Os estudos sobre AMNS são recentes, com maior ênfase desde 2006, a partir da primeira reunião da *International Society for the Study of Self-Injury*. Até então, pesquisas sobre o assunto eram escassas na literatura, se não ausentes, embora já fosse um comportamento crescente em ambientes clínicos e não clínicos (*International Society for the Study of Self-Injury*, 2018).

Ainda que a gravidade e a letalidade da AMNS variem de indivíduo e população, seu vínculo com o suicídio, com o sofrimento psicológico e com outras formas de psicopatologias está bem documentado (Brow & Plener, 2017; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Stallard, Spears, Montgomery, Phillips, & Sayal, 2013; Wan, Xu, Chen, Hu, & Tao, 2015). Esses estudos apontam para a necessidade de maior compreensão das características para se pensar em possibilidades de intervenção, prevenção e promoção da saúde.

A AMNS expressa sofrimento e mal-estar psicológico, acompanhados por falta de esperança, incapacidade de lidar com as emoções, organizar um sentido de pertença ou manter um sentimento de bem-estar psicológico (Guerreiro & Sampaio, 2013). É considerada como um problema de saúde pública, em função das elevadas prevalências em amostras escolares e clínicas (Guerreiro & Sampaio, 2013), sendo uma prática que precisa ser compreendida em toda sua complexidade, pois envolve aspectos tanto individuais quanto relacionais e familiares, demonstrando que os adolescentes requerem entendimento e acompanhamento no sentido de lhes oportunizar um desenvolvimento saudável (Guerreiro, Sampaio, & Figueira, 2014; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Trinco & Santos, 2015).

A literatura demonstra como fatores associados à AMNS em amostras não clínicas de adolescentes, variáveis sociodemográficas (Benzi, Sarno, & Di Pierro, 2018; Jiang, Ren, Liang, & You, 2018; Kelada, Hasking, & Melvin, 2016; Monto, McRee, & Deryck, 2018;

Ren et al., 2018 ), variáveis individuais (Benzi et al., 2018; Lüdtke et al., 2017) de manejo de problemas (Castro & Kirchner, 2017; Lin et al., 2017) e emoções (Kelada et al., 2016; Tang et al., 2016), variáveis psicossociais relacionais (Baetens et al., 2014; Monto et al., 2018) e variáveis disposicionais, como transtornos mentais comuns (Di Pierro, Sarno, Perego, Gallucci, & Madeddu, 2012) e afetos positivos e negativos (Muehlenkamp et al., 2013; Nock, 2010; Van Vliet & Kalnins, 2011).

Verifica-se, em âmbito internacional, um volume expressivo de pesquisas que contribuem para se que se possa decodificar as funções e relações das manifestações de comportamento de AMNS (Braush & Gutierrez, 2010; Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier, & Muehlenkamp, 2010; Evren C., Evren B., Bozkurt, & Can, 2014; Muehlenkamp & Brausch, 2012; Plener et al., 2018). No entanto, em termos de pesquisas nacionais, existem lacunas que demonstram a necessidade de mais estudos para que se possa ter ciência da situação dos adolescentes quanto a esse tipo de comportamento (Santos A., Santos C., Freitas, Tenório, & Silva, 2016).

O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados à AMNS entre adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro/RS. Partiu-se da hipótese de que existe um modelo hierárquico de fatores associados à AMNS, sendo as variáveis sociodemográficas as mais proximais, seguidas das variáveis individuais de manejo de problemas e emoções, das variáveis psicossociais relacionais e das variáveis disposicionais (Figura 1).

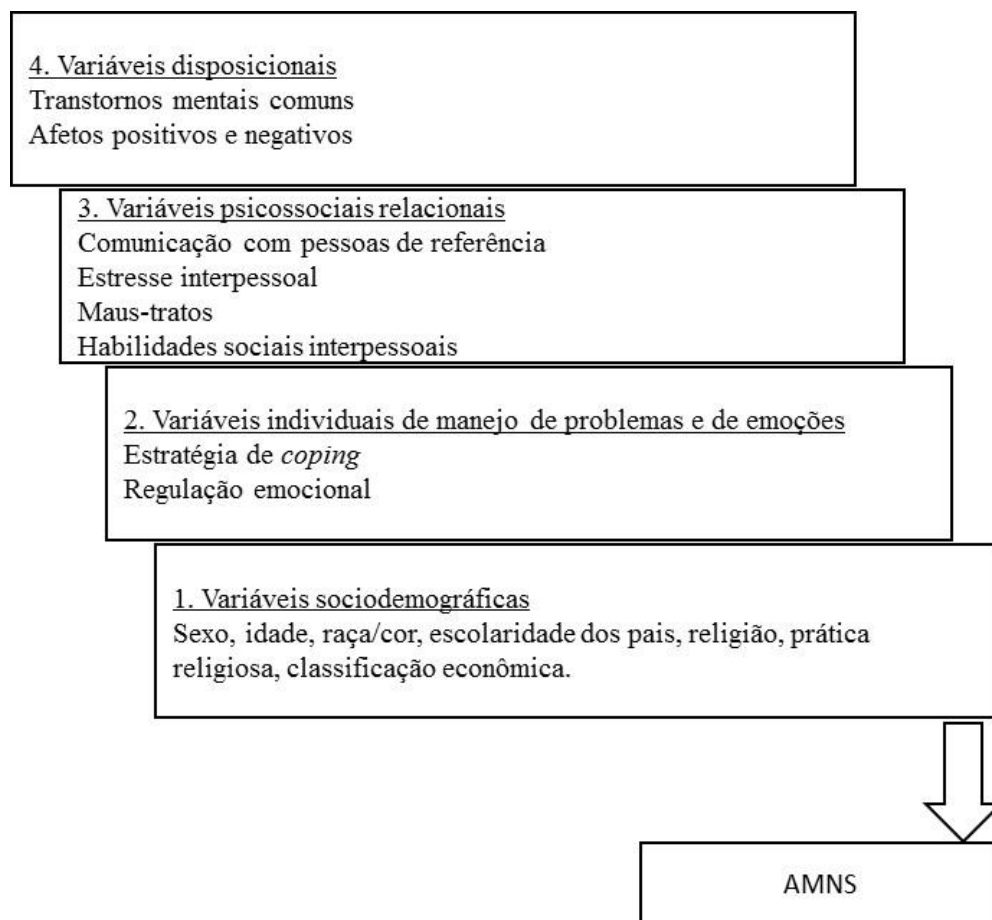


Figura 1: Modelo de análise hierarquizada de determinação de automutilação não suicida entre adolescentes escolares

## Método

Foi realizado um estudo de base escolar, observacional, analítico, com corte transversal. Os participantes foram estudantes de ambos os sexos, com idade entre 10 e 17 anos, cursando do quinto ao nono ano do ensino fundamental regular, matriculados na rede pública municipal de Montenegro, em 2018.

### Contexto do estudo

Montenegro é uma cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. Em 2010, foram contabilizados 59.415 habitantes, sendo 90,3% da área urbana (IBGE, 2010). Em 2015, o salário médio mensal era de três salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 34,7% (IBGE, 2017). Em 2010, a taxa de escolarização (para

peças de 6 a 14 anos) era de 97,4% (IBGE, 2010). Isso posicionava o município na posição 342 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 3079 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

### População e amostra

A população foi identificada a partir dos dados disponibilizados pela Secretária de Educação e Cultura (SMEC) de Montenegro (n=1.388), distribuídos entre oito escolas localizadas tanto na área urbana quanto na zona rural, estando matriculados no quinto ano (n=307); sexto ano (n=308); sétimo ano (n=266); oitavo ano (n=246); e nono ano (n=261). Uma escola não aceitou participar do estudo. Dentre as escolas participantes, 1.107 adolescentes responderam aos instrumentos. Foram excluídos 229 instrumentos, sendo 92 por não terem respondido a instrumento principal referente à AMNS e 137 pela presença de ideação suicida na prática de automutilação. Assim, a amostra final ficou composta por 878 adolescentes (63,2% da população), sendo 473 (53,9%) com pelo menos um comportamento de AMNS na vida e 405 (46,1%) sem AMNS.

### Instrumentos

Os instrumentos estão distribuídos em cinco blocos:

#### 1. Variáveis sociodemográficas

*Inquérito de dados sociodemográficos.* Desenvolvido para o presente estudo: sexo (feminino; masculino), idade (10-12 anos; 13-17 anos), raça/cor autorreferida (branco; não branco), escolaridade dos pais (até ensino médio fundamental; ensino médio; e, superior), religião (com; sem), prática religiosa (sim; não) e classificação econômica (A e B; C a E) (Apêndice A). Para a avaliação da classe econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ABEP, 2015). Este é composto por 15 questões, contendo a posse de itens (11), se a família conta com o auxílio de empregados domésticos (1), grau de instrução do responsável econômico pela família (1) e disponibilidade dos serviços públicos de água

encanada e rua pavimentada (2). O CCEB estabelece a classificação entre as classes A, B, C, D e E (Anexo A)

## 2. Automutilação não suicida

*Escala de Automutilação não suicida.* A escala foi elaborada para o presente estudo a partir de estudos sobre o tema encontrados na literatura nacional (Giusti, 2013) e internacional (Cheung et al., 2013; Wan et al., 2015), e busca investigar a prevalência e a frequência dessa prática entre os adolescentes. São elencados 12 comportamentos de AMNS entre adolescentes (cortes em braços, cortes em pernas, bater a cabeça, queimar a pele, arranhar a pele, reabrir a mesma ferida várias vezes até sangrar, inserir objetos embaixo das unhas e pele, esfolar a pele, morder-se, bater o punho contra objetos e, outras formas) a serem respondidos em uma escala de quatro pontos: (0) nunca aconteceu comigo, (1) aconteceu algumas vezes, (2) aconteceu muitas vezes e, (3) acontece sempre. O alfa obtido no presente estudo, para os 12 itens, foi de 0,73. Foi acrescentado um item sobre a AMNS vir acompanhada da intenção de suicídio, com quatro alternativas de resposta: (0) nunca, (1) raramente, (2) às vezes e (3) frequentemente. Esse item serve para a identificação de AMNS, sendo que foram mantidos no estudo apenas os adolescentes que marcaram a opção zero (0). Os demais 12 itens são somados e foram mantidos no estudo apenas os adolescentes que obtiveram  $\text{score} \geq 1$ , indicando, pelo menos um comportamento de AMNS na vida (Apêndice A).

## 3. Variáveis individuais de manejo de problemas e emoções

*Escala Brasileira de Coping para Adolescentes (EBCA) (versão revisada)* (Câmara & Carlotto, 2016). A escala é composta por 15 itens, oito que avaliam as estratégias com foco na emoção e sete com foco no problema. Apresenta cinco opções de resposta, numa escala *Likert* que varia de 0 (nunca) a 4 (sempre). Os índices de fidedignidade dos fatores da escala original foram superiores a 0,70 (Câmara & Carlotto, 2016). No presente estudo a escala

obteve alfas de 0,65 (foco na emoção) e de 0,70 (foco no problema). O ponto de corte foi estabelecido a partir da escala de respostas, considerando-se as respostas nunca e poucas vezes como ausência (0) e, de algumas vezes a sempre como presença (1) (Anexo B).

*Regulação emocional. Trait meta-mood scale (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004; Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005). A escala é composta por 24 itens, divididos em três fatores, (oito itens por fator) avaliados conforme o grau de acordo dos sujeitos com cada item por meio de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos, que varia desde “discordo totalmente” (1) a “concordo plenamente” (5). A confiabilidade do instrumento, para cada dimensão, na versão desenvolvida pelos autores, foi: atenção ( $\alpha = 0,90$ ); clareza ( $\alpha = 0,90$ ) e reparação ( $\alpha = 0,86$ ) (Fernández-Berrocal et al., 2004) e na versão portuguesa foi: atenção ( $\alpha = 0,80$ ), clareza ( $\alpha = 0,79$ ) e reparação ( $\alpha = 0,85$ ) (Queirós et al., 2005). No presente estudo, os coeficientes alfa foram de 0,87 para cada um dos fatores. Para o levantamento da escala foram seguidas as fórmulas da versão portuguesa, as quais estabelecem o escore de cada dimensão a partir da soma dos respectivos itens. Os pontos de corte são diferentes de acordo com o sexo dos participantes. No presente estudo, foram considerados como pouca atenção escores de <20 (homens) e <24 (mulheres), pouca clareza escores de <25 (homens) e <23 (mulheres) e pouca reparação escores de <23 para ambos os sexos. Escores superiores indicam regulação emocional adequada nas três dimensões (Anexo C).

#### 4. Variáveis psicossociais relacionais

*Comunicação com as pessoas de referência:* Instrumento que avalia a facilidade de comunicação com pai, mãe, outros adultos, irmãos, irmãs, amigos e professores. O instrumento foi adaptado para o Brasil (Câmara, Aerts, & Alves, 2012) a partir do *The Health Behavior in Schoolchildren (1985/86): A WHO cross-national survey* (Wold, 1995), e apresentou alfa de 0,77. Consta de sete questões que são respondidas em cinco opções de

resposta: muito fácil, fácil, difícil, muito difícil, não tenho esta pessoa. No presente estudo o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,72. O ponto de corte foi estabelecido a partir da escala de respostas, considerando-se as respostas fácil e muito fácil como fácil comunicação (0) e difícil e muito difícil como difícil comunicação (1) (Anexo D).

*Estresse interpessoal:* Instrumento desenvolvido para o presente estudo, com base nos estudos de Buitron et al., (2015), Giovazolias, Kourkoutas, Mitsopoulou e Georgiadi (2010), Hashimoto, Mojaverian e Kim (2012) e Matsushima e Shiomi (2003). É composto por 17 itens sobre dificuldades no relacionamento com amigos e colegas. Apresenta cinco opções de resposta: nunca; às vezes; muitas vezes; quase sempre; e, sempre. No presente estudo, o coeficiente de consistência interna foi de 0,85. O ponto de corte foi estabelecido a partir da escala de respostas, considerando-se as respostas nunca e poucas vezes como ausência (0) e, de algumas vezes a sempre como presença (1) (Apêndice A).

*Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, com a denominação Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) (Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, 2006). Diz respeito a um instrumento de autorrelato retrospectivo, baseado no *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 2003). Uma nova versão foi desenvolvida por Brodsky, Zanon e Hutz (2010), direcionada para amostras não clínicas. Esta é composta de 21 itens que avaliam três dimensões: abuso emocional (12 itens,  $\alpha = 0,90$ ), abuso sexual (5 itens,  $\alpha = 0,86$ ) e abuso físico (4 itens,  $\alpha = 0,69$ ). As opções de resposta são: nunca ocorreu (1), ocorreu poucas vezes (2), ocorreu às vezes (3), ocorreu muitas vezes (4) e ocorreu sempre (5). No presente estudo, foram os coeficientes de confiabilidade foram: abuso emocional ( $\alpha = 0,87$ ), abuso sexual ( $\alpha = 0,88$ ) e abuso físico ( $\alpha = 0,58$ ). O ponto de corte de cada dimensão foi estabelecido a partir da escala de respostas, considerando-se a resposta nunca como ausência (0) e, de poucas vezes a sempre como presença (1) de, pelo menos, um episódio de abuso emocional, sexual e/ou físico (Anexo E).

*Habilidades sociais interpessoais*: Escala desenvolvida para o presente estudo a partir da literatura (Matsushima & Shiomi, 2003). É composta por 13 itens que avaliam o desempenho social em situações interpessoais da realidade adolescente. As respostas são em escala de cinco pontos que varia de (0) nunca a (4) sempre, dispostas em escala *Likert*. No presente estudo, o coeficiente de consistência interna foi de 0,90. O ponto de corte foi estabelecido a partir da escala de respostas, considerando-se as respostas nunca e poucas vezes como ausência (0) e, de algumas vezes a sempre como presença (1) (Apêndice A).

##### 5. Variáveis disposicionais

*Transtornos mentais comuns (TMC)*. *General Health Questionnaire (GHQ-12)* instrumento utilizado para mensurar morbidade psicológica. Composto por 12 itens do tipo *Likert* de 4 pontos que avaliam a presença ou ausência de sintomas. Para a avaliação de transtornos mentais comuns, de acordo com o método desenvolvido por Goldberg (Goldberg & Williams, 1988), as respostas podem ser avaliadas como 0-0-1-1. O questionário foi validado, na sua versão original, e na sua versão brasileira, tendo, em ambos os casos, o *Clinical Interview Schedule* como padrão de referência (Mari & Williams, 1986; Weich & Lewis, 1998). Em estudo de validação da escala com adolescentes, o GHQ-12 apresentou um coeficiente de consistência interna de 0,80 (Sarriera, Schwarcz, & Câmara, 1996); no presente estudo foi de 0,91. O ponto de corte utilizado para o questionário considera cada item como presente ou ausente (0 ou 1), de acordo com o método do GHQ-12. São considerados casos de TMC aqueles que forem positivos em pelo menos três itens do GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988) (Anexo F).

*Escala de Afetos Positivos e Negativos*, de Mroczek e Kolarz (1998). A escala inclui uma série de seis aspectos positivos (alegre, de bem com a vida, feliz, calmo, satisfeito, cheio de vida) e seis negativos (triste, nervoso, incomodado, sem esperança, tudo é uma obrigação, inútil), avaliados em termos de frequência (1 = nunca a 5 = tempo todo) e que foram sentidos

durante os últimos 30 dias. Em estudo com 3.396 adolescentes brasileiros, a dimensão de afetos negativos obteve um coeficiente de consistência interna (alfa de *Cronbach*) de 0,77 e a de afetos positivos, de 0,81 (Câmara & Tomasi, 2015). No presente estudo, os coeficientes alfa encontrados foram: 0,77 (afetos negativos) e 0,85 (afetos positivos). O ponto de corte foi estabelecido a partir da escala de respostas, considerando-se as respostas nunca e pouco frequentemente como ausência (0) e, de algumas vezes a todo o tempo como presença de afetos negativos (1) (Anexo G).

#### Procedimentos de coleta de dados

Após a aprovação da SMEC de Montenegro, RS (Apêndice B) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA) (Anexo H), os instrumentos adaptados ou desenvolvidos para o estudo foram submetidos a avaliação semântica, de forma grupal, entre 15 adolescentes escolares de uma escola da rede municipal, os quais não foram incluídos no estudo principal. Após o acatamento das sugestões, foi realizado um estudo piloto do instrumento integral com 163 adolescentes escolares, sendo 26 do quinto ano e 137 do nono ano da rede municipal, os quais foram incluídos no estudo principal. Este serviu para ajustes na forma e ordem das questões e para a avaliação da consistência interna de todos os instrumentos.

A coleta de dados definitiva foi realizada após a anuência e a colaboração das escolas do município. Foi conduzida, de forma grupal, em salas de aula, pela primeira autora do presente estudo e por voluntários de pesquisa devidamente capacitados para a atividade e acompanhados, sistematicamente, pela coordenadora de campo, mestranda em Psicologia e Saúde. O tempo médio de aplicação foi de 40 minutos. Os participantes responderam ao instrumento de pesquisa mediante seu assentimento expresso (TALE) (Apêndice C) e autorização dos responsáveis, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D). Houve, pelo menos, um retorno a cada escola para captar

os alunos ausentes no dia da aplicação do instrumento ou que não haviam trazido o TCLE assinado pelos responsáveis.

#### Procedimentos de análise dos dados

O banco de dados foi digitado e analisado no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 21.0). O controle de qualidade da digitação foi realizado por meio de análises descritivas de caráter exploratório a fim de avaliar no banco de dados a distribuição dos itens, casos omissos, identificação de extremos e possíveis erros de digitação.

Foi investigada a consistência interna dos instrumentos e a distribuição das variáveis na população em estudo. Após, foram realizadas análises bivariadas entre todos os fatores em estudo e o desfecho, como etapa anterior à análise multivariada. A regressão logística foi realizada segundo modelo hierarquizado de quatro etapas. A participação das variáveis em uma etapa posterior foi determinada pelo seu nível de significância ( $\leq 0,20$ ). No modelo final, permaneceram somente as variáveis que mostraram um nível de significância inferior a 0,05 na etapa em que foram originalmente introduzidas.

#### Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo CEP-UFCSPA (Parecer nº 2.971.591) (Anexo H). Os adolescentes participantes foram informados dos objetivos do estudo e assinaram o TALE para participação na pesquisa, bem como trouxeram o TCLE assinado pelos seus responsáveis. Durante toda a pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução nº 466/12 (Brasil, 2012).

## Resultados

Os dados referentes às características sociodemográficas dos participantes com e sem AMNS são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

*Características sociodemográficas dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018.*

Característica sociodemográfica	Com AMNS		Sem AMNS		OR(IC95%)	p
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	240	50,7	210	51,9	1,00	0,397
Masculino	233	49,3	195	48,1	1,04(0,80-1,36)	
Idade**						
10-12 anos	215	45,5	222	54,8	1,00	0,003
13-17 anos	258	54,5	183	45,2	1,46(1,11-1,90)	
Raça/cor						
Branco	300	63,6	262	65,5	1,00	0,300
Não branco	172	36,4	138	34,5	1,08(0,82-1,43)	
Nível de escolaridade do pai						
Até EFC	174	42,8	161	46,9	1,00	0,141
EMC e ES	233	57,2	182	53,1	1,18(0,88-1,58)	
Nível de escolaridade da mãe						
Até EFC	178	42,9	161	44,7	1,00	0,330
EMC e ES	237	57,1	199	55,3	1,08(0,81-1,43)	
Classificação econômica						
C a E	138	29,6	130	32,5	1,00	0,200
A e B	328	70,4	270	67,5	1,14(0,86-1,53)	
Religião						
Sem religião	67	15,4	57	15,9	1,00	0,458
Com religião	368	84,6	301	84,1	1,04(0,71-1,53)	
Prática da religião**						
Sim	191	42,7	203	53,1	1,00	0,002
Não	256	57,3	179	46,9	1,52 (1,15-2,00)	

OR: Razão de chance; IC: Intervalo de confiança

\*\*p<0,01

A prevalência da prática de AMNS foi de 53,9% (473 adolescentes). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos adolescentes escolares com e sem AMNS. A distribuição por sexo e idade foi equivalente. Quanto à raça/cor autorreferida, houve predomínio de adolescentes que se autodeclararam como brancos (n=562, 64%). Em relação à escolaridade dos pais, a maior parte dos pais tinham entre ensino médio e ensino superior (n=415, 47,2%), da mesma forma que as mães (n=436, 49,6%). A classificação econômica foi predominantemente entre as classes A e B (n=598, 68,1%). Dentre os participantes, a maioria

referiu ter religião (n=669, 76,2%), embora apenas 394 (44,8%) referiram praticar. No que tange à associação com AMNS, apenas as variáveis idade e prática da religião se associaram ao desfecho. Entre aqueles com AMNS, encontrou-se 46% mais de chances de terem entre 13 e 17 anos; e, 52% mais de chances de não praticarem a religião.

Tabela 2

*Variáveis individuais de manejo de problemas e emoções dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018.*

Variável	Com AMNS		Sem AMNS		OR(IC95%)	p
	n	%	N	%		
Estratégias de <i>coping</i> – emoção						
Não usa	318	67,2	293	72,3	1,00	0,058
Usa	155	32,8	112	27,7	1,27(0,95-1,70)	
Estratégias de <i>coping</i> – problema						
Usa	253	53,5	239	59,0	1,00	0,057
Não usa	220	46,5	166	41,0	1,25(0,96-1,64)	
Regulação emocional – atenção*						
Adequada	338	71,5	313	77,3	1,00	0,029
Pouca	135	28,5	92	22,7	1,36(1,00-1,84)	
Regulação emocional – clareza**						
Adequada	228	48,2	281	69,4	1,00	<0,001
Pouca	245	51,8	124	30,6	2,43(1,84-3,22)	
Regulação emocional – reparação**						
Adequada	303	64,1	342	84,4	1,00	<0,001
Pouca	170	35,9	63	15,6	3,04(2,19-4,23)	

OR: Razão de chance; IC: Intervalo de confiança

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Em relação às variáveis individuais de manejo de problemas e emoções, a maior parte não utiliza estratégias de *coping* com foco na emoção (n=611, 69,6%) e utiliza estratégias com foco no problema (n=492, 56%). Quanto à regulação emocional, a maior parte apresenta atenção (n=651, 74,1%), clareza (n=509, 58%) e reparação (n=645, 73,5%) adequadas. Na associação com AMNS, as variáveis referentes ao *coping* apresentaram nível de significância marginal, já as três de regulação emocional foram significativas. Entre os adolescentes escolares com AMNS, verificou-se uma chance 36% maior entre os que prestam pouca atenção às suas emoções; duas vezes mais chance entre os que têm pouca clareza em relação as suas emoções e três vezes maior entre os que apresentam pouca capacidade de reparação das emoções (Tabela 2).

Tabela 3

*Variáveis psicossociais relacionais dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018.*

Variável relacional	Com AMNS		Sem AMNS		OR(IC95%)	p
	n	%	n	%		
Comunicação pessoas referência**						
Fácil	198	41,9	283	69,9	1,00	<0,001
Difícil	275	58,1	122	30,1	3,22(2,43-4,26)	
Estresse interpessoal**						
Não	362	76,5	367	90,6	1,00	<0,001
Sim	111	23,5	38	9,4	2,96(1,99-4,40)	
Abuso emocional**						
Não	67	14,2	103	25,4	1,00	<0,001
Sim	406	85,8	302	74,6	2,06(1,46-2,90)	
Abuso sexual*						
Não	424	89,6	381	94,1	1,00	0,012
Sim	49	10,4	24	5,9	1,83(1,10-3,04)	
Abuso físico						
Não	261	55,2	233	57,5	1,00	0,264
Sim	212	44,8	172	42,5	1,10(0,84-1,43)	
Habilidades sociais interpessoais**						
Apresenta	386	81,6	376	92,8	1,00	<0,001
Não apresenta	87	18,4	29	7,2	2,92(1,87-4,55)	

OR: Razão de chance; IC: Intervalo de confiança

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Em termos das variáveis psicossociais relacionais, mais da metade dos adolescentes consideraram fácil a comunicação com as pessoas de referência (n=481, 54,8%), a maioria não apresentou indicação de estresse interpessoal (n=729, 83%) e apresentou habilidades sociais interpessoais (n=762, 86,8%). Quanto a abusos, 708 (80,6%) manifestou haver sofrido abuso emocional, 73 (8,3%) abuso sexual, e 384 (43,7%) abuso físico. Em relação à AMNS, apenas abuso físico não apresentou associação significativa. Assim, dentre os adolescentes escolares com AMNS, aqueles que têm uma comunicação mais difícil com pessoas de referência, apresentam estresse interpessoal e não contam com habilidades sociais interpessoais têm em torno de três vezes mais chance em comparação com os escolares que não apresentam AMNS. Quanto a abuso emocional e sexual, dentre os adolescentes com AMNS, os que sofreram apresentam em torno de duas vezes mais chances em comparação com os adolescentes sem AMNS (Tabela 3).

Tabela 4

*Variáveis disposicionais dos adolescentes escolares com e sem AMNS, com AMNS (n=473) sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018.*

Variável disposicional	Com AMNS		Sem AMNS		OR(IC95%)	p
	n	%	n	%		
Transtornos mentais comuns**						
Não	253	53,5	358	88,4	1,00	<0,001
Sim	220	46,5	47	11,6	6,62(4,65-9,34)	
Afetos negativos**						
Não	232	49,0	327	80,7	4,35(3,20-5,91)	<0,001
Sim	241	51,0	78	19,3	1,00	
Afetos positivos**						
Sim	324	68,5	366	90,4	1,00	<0,001
Não	149	31,5	39	9,6	4,31(2,94-6,33)	

OR: Razão de chance; IC: Intervalo de confiança

\*\*p<0,01

No que diz respeito às variáveis disposicionais sobre TMC e afetos, 267 (30,4%) apresentaram TMC, 319 (36,3%) experienciaram afetos negativos e, 188 (21,4%) não experienciaram afetos positivos no último mês. As três variáveis associaram-se à AMNS, sendo que, dentre os adolescentes escolares com AMNS, os que apresentam TMC têm seis vezes mais chances, e os que experienciaram afetos negativos e não experienciaram afetos positivos no último mês têm quatro vezes mais chances em comparação com os adolescentes sem AMNS (Tabela 4).

No modelo de regressão logística hierarquizada, o modelo final (Tabela 5) mostrou que nove dos 22 fatores em estudo apresentaram uma associação significativa com AMNS (p<0,05). Dentre os adolescentes escolares que apresentaram AMNS, em comparação com os adolescentes sem AMNS, os mais velhos (13-17 anos) apresentaram 59% mais de chances de AMNS. Os de classificação econômica A e B apresentaram 53% mais de chances e os que não têm prática religiosa, 64% mais de chances. Aqueles com pouca clareza sobre suas emoções apresentaram 63% mais de chances de AMNS, e aqueles com pouca capacidade de reparação emocional quase três vezes mais chances. Em termos relacionais, aqueles com maior dificuldade na comunicação com pessoas de referência apresentaram quase três vezes mais chances de AMNS, e os que apresentaram estresse interpessoal, 62% mais de chances.

Quanto às variáveis disposicionais, a presença de TMC representou duas vezes mais chances de AMNS e a experiência de afetos negativos no último mês, 92% mais de chances de AMNS (Tabela 5).

Tabela 5

*Modelo hierarquizado de características sociodemográficas, variáveis individuais de manejo de problemas e de emoções, variáveis psicossociais relacionais e, variáveis disposicionais dos adolescentes escolares com AMNS (n=473) e sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018.*

	OR(IC95%)	p
<b>Etapa 1</b>		
Idade**		
10-12 anos	1,00	
13-17 anos	1,59(1,17-2,15)	0,003
Nível de escolaridade do pai		
Até EFC	1,00	
EMC e ES	1,01 (0,74-1,39)	0,933
Classificação econômica*		
C a E	1,00	
A e B	1,53(1,09-2,14)	0,014
Prática da religião**		
Sim	1,00	
Não	1,64(1,21-2,29)	0,001
<b>Etapa 2</b>		
Estratégias de <i>coping</i> – emoção		
Não usa	1,00	
Usa	1,10(0,80-1,51)	0,564
Estratégias de <i>coping</i> – problema		
Usa	1,00	
Não usa	1,08(0,80-1,46)	0,599
Regulação emocional - atenção		
Adequada	1,00	
Pouca	1,05(0,73-1,51)	0,785
Regulação emocional – clareza**		
Adequada	1,00	
Pouca	1,63(1,17-2,29)	0,004
Regulação emocional – reparação**		
Adequada	1,00	
Pouca	2,78(1,88-4,13)	<0,001
<b>Etapa 3</b>		
<sup>a</sup> Comunicação pessoas referência**		
Fácil	1,00	
Difícil	2,76(2,03-3,75)	<0,001
Estresse interpessoal**		
Não	1,00	
Sim	1,62(1,03-2,56)	0,037
Abuso emocional*		
Não	1,00	
Sim	1,24(0,84-1,82)	0,276
Abuso sexual		
Não	1,00	
Sim	1,07(0,58-1,96)	0,825
Habilidades sociais interpessoais		
Apresenta	1,00	
Não apresenta	1,64(0,97-2,80)	0,067

Tabela 5

*Modelo hierarquizado de características sociodemográficas, variáveis individuais de manejo de problemas e de emoções, variáveis psicossociais relacionais e, variáveis disposicionais dos adolescentes escolares com AMNS (n=473) e sem AMNS (n=405), Montenegro, 2018. (Continuação)*

	OR(IC95%)	p
<b>Etapa 4</b>		
Transtornos mentais comuns**		
Não	1,00	
Sim	2,56(1,62-4,01)	<0,001
Afetos negativos**		
Não	1,92(1,27-2,90)	0,002
Sim	1,00	
Afetos positivos		
Sim	1,00	
Não	1,61(0,97-2,68)	0,067

OR: Razão de chance; IC: Intervalo de confiança

\*p<0,05; \*\*p<0,01

<sup>a</sup>Variável selecionada para inclusão na segunda etapa da regressão hierárquica

## Discussão

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência e os fatores associados à AMNS entre adolescentes escolares. A seriedade desse comportamento se tem evidenciado a partir de pesquisas que apontam altas prevalências entre o público adolescente, incluindo o presente estudo (53,9%, ao longo da vida). Outros estudos transversais também investigaram a prevalência de AMNS ao longo da vida entre adolescentes escolares, evidenciando prevalências similares ao presente estudo. Por exemplo, Benzi et al. (2018) encontraram uma prevalência de 44,9% entre 247 adolescentes, enquanto que Castro e Kirchner (2017), 49,6% de AMNS entre 965 adolescentes. Taxas menores, mas não menos preocupantes, foram encontradas em outros estudos. Por exemplo, 27,6% no estudo de Brunner et al.(2014); 24,5% no estudo de Sornberger, Heath, Toste, e McLouth (2012); 19,5% (Gmitrowicz, Kostulski, Kropiwnicki, & Zalewska-Janowska, 2014); 17,6% no estudo de Kelada et al. (2016). Já uma taxa bem menor (4,82%) foi encontrada por Baetens et al. (2014), entre amostras que variaram de 247 a 12.068 adolescentes escolares.

Muehlenkamp, Claes, Havertape e Plener (2012) conduziram uma revisão sistemática de estudos empíricos que reportavam a prevalência global de comportamentos de AMNS em adolescentes e encontraram que a prevalência média durante a vida de 18%, um pouco menor

que a estimativa de 19,7% observada por Cheung et al. (2013), e bem menor do que a encontrada nesta pesquisa (53,9%). No Brasil, os estudos sobre prevalência da AMNS demonstram que, em geral, atendimentos de adolescentes em unidades hospitalares por tentativas de suicídio ou AMNS representavam cerca de 50% do valor total de atendimentos das unidades (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Neste estudo, a prática de AMNS esteve associada a diversos fatores de risco e de proteção. Entre eles, fatores sociodemográficos (idade, classificação socioeconômica e prática religiosa); de manejo de problemas e de emoções (regulação emocional); relacionais (comunicação com pessoas de referência e estresse interpessoal); e, disposicionais (TMC e afetos negativos).

Quanto às variáveis sociodemográficas, no presente estudo apresentaram mais chances de AMNS, os adolescentes mais velhos (13-17 anos) e com classificação econômica entre A e B e ausência de prática religiosa. Corroborando os achados deste estudo, ser mais velho esteve associado à AMNS em diversos estudos transversais (Brunner et al., 2014; Cheung et al., 2013; Evren et al., 2014; Howe-Martin, Murrell, & Guarnaccia, 2012; Jiang et al. (2018); Kelada et al., 2016; Somer et al., 2015). Embora no presente estudo a classificação econômica tenha se evidenciado como preditora da AMNS, pessoas dos mais diversos *status* socioeconômicos podem se envolver nessa prática (Parks, 2011). No estudo de Evren et al. (2014) uma condição socioeconômica menos favorecida esteve associada à AMNS. Quanto à ausência de prática religiosa, resultados similares foram encontrados por Brunner et al. (2014) e Nock et al. (2008). Em contrapartida, Good, Hamza e Willoughby (2017) divergem por não terem encontrado na prática religiosa fator de proteção para AMNS. Embora neste estudo não se tenha encontrado diferenças entre os sexos, ser menina tem se associado à AMNS na maioria dos estudos publicados (por exemplo, Benzi et al, 2018; Castro & Kirchner, 2017; Jiang et al., 2018; Monto et al., 2018; Plener et al., 2018; Ren et al., 2018).

Já no que diz respeito às variáveis individuais de manejo de problemas e emoções, os adolescentes que apresentaram mais chances de AMNS foram aqueles com pouca clareza das emoções e pouca capacidade de reparação emocional. Estes achados são corroborados por estudos nos quais ficou evidenciado que a dificuldade de regular as emoções é um fator de risco para a AMNS (Borriil, Fox Flynn, & Roger, 2009; Buser, Peterson, & Kearney, 2015; Guerreiro et al., 2014; Garreto, 2015; Kelada et al., 2016; Tang et al., 2016). A hipótese do estudo considerou que o uso do *coping* focado na emoção estaria associado à AMNS entre a amostra em estudo, o que não se confirmou. Entretanto, diversos estudos têm apontado associações entre essas duas variáveis (Borriil et al., 2009; Castro & Kirchner, 2017; Guerreiro et al., 2014; Jorge, Queirós, & Saraiva, 2015; Lin et al., 2017; Ren et al., 2018; Somer et al., 2015).

Dentro do contexto das variáveis psicossociais relacionais, no presente estudo aqueles com maior dificuldade na comunicação com pessoas de referência e com presença de estresse interpessoal apresentaram mais chances de AMNS. Nesse sentido, dentro da literatura o que mais se evidenciou foram o estresse interpessoal originado por relacionamentos com colegas ou pais (Guerreiro et al., 2014; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Jutengren et al., 2011), aumento da reatividade fisiológica ao estresse (Van Vliet & Kalnins, 2011), vitimização por meio do *bullying* pelos pares nas suas formas física, verbal e relacional (Brunstein et al., 2016; Christoffersen, Møhl, DePanfilis & Vammen, 2015; Guerreiro et al., 2014), sentimento de alienação em relação aos pais (Buser et al., 2015; Yates, Tracy & Lutter, 2008), comunicação familiar precária (Hawton et al., 2012; Jiang, You, Zheng, & Lin, 2017; Kelada et al., 2016; Laukkanen et al., 2009; Laukkanen et al., 2013) e de sentimento de abandono e de rejeição pelos pais (Plener et al., 2013). Adolescentes de 15, 16 e 17 anos com experiência de vitimização de *bullying* apresentam maior associação com pensamentos e história de AMNS (McMahon, Reulbach, Keeley, Perry, & Arensman, 2010).

No presente estudo, quanto às variáveis disposicionais, a presença de TMC e a experiência de afetos negativos no último mês aumentou as chances de AMNS. As razões pelas quais as pessoas se ferem diferem de uma para outra e múltiplas motivações podem coexistir (Nock, 2010). No entanto, parece que a automutilação é mais frequentemente motivada pela necessidade de regular os afetos negativos (Muehlenkamp et al., 2013; Nock, 2010), o que é corroborado por Van Vliet e Kalins (2011), estudo no qual foram encontradas associações entre AMNS e altos níveis de afetos negativos, e por Fliege, Lee, Grim, e Klapp (2009) que explicam que práticas de AMNS estão comumente associadas a características como dificuldade de identificar, entender ou expressar emoções, e maior frequência de afetos negativos na vida diária. O mesmo ocorre mediante a sintomatologia dos TMC que se mostrou associada a estudos entre adolescentes que se automutilam (Hauber, Boon, & Vermeiren, 2019; Lundh, Bjärehed, & Wangby-Lundh, 2012). A detecção precoce de TMCs no período da adolescência pode ser um importante elemento de prevenção da automutilação (Bernardes, 2015).

A literatura aponta que a automutilação se dá depois de um evento estressor e é uma estratégia utilizada para lidar com os afetos negativos sentidos naquele momento pelo adolescente, ou seja, os adolescentes que se ferem de forma intencional relatam que a automutilação traz alívio da angústia emocional (Guerreiro & Sampaio, 2013; Mesquita, Ribeiro, Mendonça & Maia, 2011; Nock, 2010). Nesse contexto, detectar e tratar de forma precoce o TMC pode se configurar como um importante componente protetor da AMNS (SBP, 2017).

#### Considerações finais

Neste estudo, partiu-se da hipótese de que existe um modelo hierárquico de fatores associados à AMNS, em que as variáveis sociodemográficas seriam as mais proximais, seguidas das variáveis individuais de manejo de problemas e de emoções, das psicossociais

relacionais e das disposicionais. Após análise multivariada por etapas, permaneceram as variáveis idade, condição socioeconômica e prática religiosa (sociodemográficas), regulação emocional (individuais de manejo de problemas e de emoções), comunicação e estresse interpessoal (psicossociais relacionais) e TMC e afetos negativos (disposicionais). Resultados semelhantes e divergentes foram encontrados na literatura e discutidos, tanto nas variáveis associadas quanto na alta prevalência encontrada neste estudo, o que leva a pensar nas implicações para a prática do estudo.

A prevenção e intervenção do AMNS são absolutamente necessárias entre os adolescentes montenegrinos. A prevenção deve se concentrar principalmente nas escolas, porque os adolescentes passam a maior parte do tempo nesse ambiente. É necessário incentivar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais funcionais como fatores de proteção, não apenas contra o AMNS, mas também contra problemas psicológicos em geral. Além disso, uma vez que a associação entre o AMNS e os problemas psicológicos ficou evidenciada, os profissionais de saúde mental que detectarem níveis clínicos de sintomatologia também devem avaliar a presença de AMNS.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados dentro do contexto de seus pontos fortes e limitações. Um de seus principais pontos fortes é que este é o primeiro estudo a verificar a prevalência e os fatores associados à AMNS na cidade, assim, fornece dados a serem considerados tanto pela secretaria de educação quanto pela secretaria da saúde. A amostra é grande e os instrumentos utilizados mostraram bons índices de confiabilidade. Contudo, o estudo tem várias limitações. Primeiro, o desenho transversal dificulta o estabelecimento de causalidade entre as variáveis independentes em estudo e a variável de desfecho. Em segundo lugar, a amostra foi compilada em uma única cidade e, portanto, pode não ser totalmente generalizável para outras regiões. Terceiro, o estudo não distingue entre o método da AMNS e o grau de problemas psicológicos, uma distinção que pode valer a pena

ser feita em pesquisas futuras. Além disso, certos instrumentos avaliaram diferentes momentos no tempo.

### Referências

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). *Critério de Classificação Econômica Brasil 2015*. Recuperado de <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *The Journal of Early Adolescence*, *34*(3), 387–405. doi.org/10.1177/0272431613494006
- Benzi, I. M. A., Sarno, I., & Di Pierro, R. (2018). Maladaptive personality functioning and non-suicidal self-injury in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry* *15*(4), 215-221. doi inexistente.
- Bernardes, S. M. (2015). *Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*. Dissertação (Mestrado Profissional em saúde mental e atenção psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. SC. 123p.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T...Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169-190. doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Borrill, J., Fox, P., Flynn, M., & Roger, D. (2009). Students who self-harm: coping style, rumination and alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*, *22*(4), 361-372. doi.org/10.1080/09515070903334607
- Brasil. (2012). Conselho Nacional da Saúde. *Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, *39*(3), 233-242. doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0
- Brodski, S. K., Zanon, C., & Hutz, C. S. (2010). Adaptação e validação do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para uma amostra não clínica. *Avaliação Psicológica*, *9*(3), 495-497. doi inexistente
- Brown, R., & Plener, P. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, *19*(20), 1-8. doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *55*(4), 337-348. doi.org/10.1111/jcpp.12166
- Brunstein, K.A., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G... Wasserman, D. (2016). Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *25*, 1183–1193. doi.org/10.1007/s00787-016-0840-7

- Buitron, V., Hill, R. M., Pettit, J. W., Green, K. L., Hatkevich, C., & Sharp, C. (2015). Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: an indirect association through perceived burdensomeness toward others. *Journal of Affective Disorders* 190(2016)143–149. doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.077
- Buser, T. J., Peterson, C. H., & Kearney, A. (2015). Self-efficacy pathways between relational aggression and nonsuicidal self-injury. *Journal of College Counseling*, 18(3), 195-208. doi.org/10.1002/jocc.12014
- Câmara, S. G., & Carlotto, M. S. (2016). Escala Brasileira de Coping para Adolescentes (EBCA): versão revisada. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 94-102. doi.org/10.24879/201600100010051
- Câmara, S. G., & Tomasi, L. M. B. (2015). Bienestar, salud e imagen corporal de adolescentes brasileiros: la importancia de los contextos familiares, de amistad y escolar. *Universitas Psychologica. Bogotá, Colombia*, 14 (4), 1399-1409. doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.bsica
- Câmara, S. G., Aerts, D. R. G. C., & Alves, G. G. (2012). Estilos de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. *Aletheia*, 37, 133-148. doi inexistente
- Castro, K., & Kirchner, T. (2017). Coping and psychopathological profile in nonsuicidal self-injurious chilean adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 147–160. doi.org/10.1111/jcpp.12166
- Cheung, Y., Wong, P., Lee, A., Lam, T., Fan, Y., & Yip, P. (2013). Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 48 (7), 1133-1144. doi.org/10.1007/s00127-012-0640-4
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen, K. S. (2015). Non-Suicidal self-injury- does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44, 106-116. doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.023
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: the association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012
- Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9), 511–520. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0289-2
- Dick, B., & Fergusson, J. B. (2015). Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. *Journal of Adolescent Health* 56, 3-6. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260
- Evren, C., Evren, B., Bozkurt, M., & Can, Y. (2014). Non-suicidal self-harm behavior within the previous year among 10th-grade adolescents in Istanbul and related variables. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 481-487. doi.org/10.3109/08039488.2013.872699
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755. doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755.

- Fliege, H., Lee, J. R., Grim, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477-493. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.013
- Garreto, A. K. R. (2015). *O desempenho executivo de pacientes que apresentam automutilação*. 112 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Giovazolias, T., Kourkoutas, E., Mitsopoulou, E., & Georgiadi, M. (2010). The relationship between perceived school climate and the prevalence of bullying behavior in Greek schools: implications for preventive inclusive strategies. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 2208–2215. doi.org/ 10.1016/j.sbspro.2010.07.437
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Gmitrowicz, A., Kostulski, A., Kropiwnicki, P., & Zalewska-Janowska, A. (2014). Cutaneous deliberate self-harm in polish school teenagers – an interdisciplinary challenge. *Acta Dermato Venereologica*, 94(4), 448-453. doi.org/10.2340/00015555-1690
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Good, M., Hamza, C., & Willoughby, T. (2017). A longitudinal investigation of the relation between nonsuicidal self-injury and spirituality/religiosity. *Psychiatry Research*, 250, 106-112. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.062
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-55. doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222. doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001
- Guerreiro, D. F., Sampaio D., & Figueira, M. L. (2014). *Relatório de investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping"*. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia. Universidade de Lisboa. Recuperado de <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/143>.
- Hashimoto, T., Mojaverian, T., & Kim, H. S. (2010). Culture, interpersonal stress, and psychological distress. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 43(4) 527–532. doi.org/10.1177/0022022112438396
- Hauber, K., Boon, A., & Vermeiren, R. (2019). Non-suicidal self-injury in clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 10. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00502
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379 (9834), 2373-2382. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., & Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(7), 809-829. doi.org/10.1002/jclp.21868

- IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
- IBGE. (2017). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. *Cidades*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/montenegro/panorama>.
- International Society for the Study of Self-Injury. (2018). *Definition of non-suicidal self-injury*. Recuperado de <http://www.itriples.org/iss-aboutsself-i.html>.
- Jiang, Y., Ren, Y., Liang, Q., & You, J. (2018). The moderating role of trait hope in the association between adolescent depressive symptoms and nonsuicidal self-injury. *Personality and Individual Differences, 135*, 137–142. doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.010
- Jiang, Y., You, J., Zheng, X., & Lin, M. P. (2017). The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from nonsuicidal self-injury. *School Psychology Quarterly, 32*(2), 143–155. doi.org/10.1037/spq0000187
- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida: Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica, 33*(2), 207–219. doi.org/10.14417/ap.991
- Jutengren, G., Kerr, M., & Stattin, H. (2011). Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: a two-wave longitudinal analysis. *Journal of School Psychology, 49* (2011) 249–264. doi.org/10.1016/j.jsp.2010.11.001
- Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Adolescent NSSI and recovery. *Youth & Society, 0044118X1665315*. doi.org/10.1177/0044118X16653153
- Laukkanen, E., Rissanen, M-L., Honkalampi, K., Kylma, J. Tolmunen, T., & Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 23–28. doi.org/10.1007/s00127-008-0398-x
- Laukkanen, E., Rissanen, M-L., Honkalampi, K., Kylma, J. Tolmunen, T., & Hintikka, J. (2013). Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry, 22*(8), 501–510. doi.org/10.1007/s00787-013-0390-1.
- Lin, M.-P., You, J., Ren, Y., Wu, J. Y.-W., Hu, W.-H., Yen, C.-F., & Zhang, X. (2017). Prevalence of nonsuicidal self-injury and its risk and protective factors among adolescents in Taiwan. *Psychiatry Research, 255*, 119–127. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.028
- Lüdtke, J., Weizenegger, B., Rauber, R., Contin, B., In-Albon, T., & Schmid, M. (2017). The influence of personality traits and emotional and behavioral problems on repetitive nonsuicidal self-injury in a school sample. *Comprehensive Psychiatry, 74*, 214–223. doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.005
- Lundh, L.-G., Bjärehed, J., & Wångby-Lundh, M. (2012). Poor sleep as a risk factor for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(1), 85–92. doi.org/10.1007/s10862-012-9307-4
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry, 148*(1), 23–26. doi.org/10.1192/bjp.148.1.23

- Matsushima, R., & Shiomi, K. (2003). Social self-efficacy and interpersonal stress in adolescence. *Social Behavior and Personality*, *31*(4), 323-332. doi.org/10.2224/sbp.2003.31.4.323
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2010). Bullying victimisation, self-harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, *71*, 1300-1307. doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.034
- 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*. doi inexistente
- Monto, M. A., McRee, N., & Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal self-injury among a representative sample of us adolescents, 2015. *American Journal of Public Health*, *108*(8), 1042-1048. doi.org/10.2105/AJPH.2018.304470
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1.333-1.349. doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, *35*(1), 1-9. doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(10), 1-9. doi.org/10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(1). doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x
- Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 339–63. doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 133-154. doi.org/10.1093/epirev/mxn002
- Parks, P. J. (2011). *Self-injury disorder*. San Diego, California: Reference Point Press.
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt Online*, *115*(3), 23–30. doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023
- Plener, P., Fischer, C., In-Albon, T., Rollett, B., Nixon, M., Groschwitz, R., & Schmid, M. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *48*(9), 1439-1445. doi.org/10.1007/s00127-012-0645-z
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010) Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*, 669–682. doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0
- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. Carral, J. M. C., & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, *9*, 199-216. doi inexistente

- Ren, Y., Lin, M.-P., Liu, Y.-H., Zhang, X., Wu, J. Y.-W., Hu, W.-H., & You, J. (2018). The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and nonsuicidal self-injury among Taiwanese adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 74*(7), 1246–1257. doi.org/10.1002/jclp.22587
- Santos, A. M. A., Santos, C. A., Freitas, L. R. F., Tenório, M. M. C., & Silva, R. S. (2016). *Corpo, injúria e símbolo: a automutilação em jovens*. Recuperado de <https://even3.azureedge.net/anais/47232.pdf>. doi Inexistente.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C., & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: Análise fatorial da Escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 9*(2), 293-306. doi inexistente
- SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. (2017). *Autoagressão em adolescente: como posso ajudar?* Recuperado de <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/noticias/nid/autoagressao-em-adolescente-como-posso-ajudar/>.
- 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 – Rolim de Moura – RO, 3*(3), 5-20. doi inexistente
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Başay, B., Güngör, D., Başay, Ö., & Farmer, R. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 50*(7), 1163-1171. doi.org/10.1007/s00127-015-1060-z
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(3), 266-78. doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x
- Stallard, P., Spears, M., Montgomery, A. A., Phillips, R., & Sayal, K. (2013). Self-harm in young adolescents (12-16 years): onset and short-term continuation in a community 0-sample. *BMC Psychiatry, 2*(13), 328. doi.org/10.1186/1471-244X-13-328
- Tang, J., Yang, W., Ahmed, N. I., Ma, Y., Liu, H.-Y., Wang, J.-J.,... Yu, Y.-Z. (2016). Stressful life events as a predictor for nonsuicidal self-injury in southern chinese adolescence. *Medicine, 95*(9), e2637. doi.org/10.1097/MD.0000000000002637
- Trinco, E., & Santos, J.C. (2015) O adolescente com alteração do comportamento no serviço de urgência: estudo de um quadriênio. *Revista Investigação em Enfermagem, 13*(2), 18-25. doi inexistente.
- Van Vliet, K. J., & Kalnins, G. R. C. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling, 33*(4), 295-311. doi.org/10.17744/mehc.33.4.j7540338q223t417
- Wan, Y., Xu, S., Chen, J., Hu, C. & Tao, F. (2015). Longitudinal effects of psychological symptoms on non-suicidal self-injury: a difference between adolescents and young adults in China. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 50*(2), 237-247. doi.org/:10.1007/s00127-014-0917-x
- Weich, S., & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *British Medical Journal, 317*, 115-119.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics, 117*, 1939–1948. doi:10.1542/peds.2005-25.

- WHO. (2014). *Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade*. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
- Wold, B. (1995). *Health behavior in schoolchildren: A WHO cross-national Survey. Resource Package Questions 1993-94*. Norway: University of Bergen.
- Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 52–62. doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.52

## 5 CONCLUSÃO GERAL

Após contextualização teórica abordando a AMNS e os principais construtos a ela relacionados, o presente estudo foi dividido em dois artigos, com o objetivo geral estudar a prevalência e as variáveis associadas à AMNS em termos de variáveis sociodemográficas, variáveis individuais de manejo emoções e de problemas, variáveis psicossociais relacionais e variáveis disposicionais entre adolescentes escolares. Tanto o estudo de revisão sistemática de estudos empíricos quanto o estudo junto aos adolescentes montenegrinos evidenciaram altas e preocupantes prevalências. A revisão sistemática, apresentada e discutida em dois blocos (estudos transversais e estudos longitudinais) demonstrou que tanto fatores sociodemográficos, individuais de manejo de problemas e de emoções, psicossociais relacionais como disposicionais estão fortemente relacionados à AMNS, em nível internacional. Realidade convergente foi demonstrada no estudo realizado com os adolescentes escolares de Montenegro, RS (Tabela 8).

**Tabela 8:** Comparativo das prevalências e fatores associados da revisão sistemática e da pesquisa com os adolescentes montenegrinos.

	Estudos transversais	Estudos longitudinais	Pesquisa com os adolescentes
Prevalência (%)	6,3 a 31,3	4,82 a 49,6	53,9
Fatores sociodemográficos	Sexo feminino Minorias sexuais Ser mais velho Menor escolaridade dos pais, Baixo <i>status</i> socioeconômico	Sexo feminino Ser mais velho	Ser mais velho Melhor condição socioeconômica dos pais Ausência de prática religiosa
Individuais de manejo de problemas e de emoções	Questões de personalidade Insatisfação consigo mesmo Isolamento <i>Coping</i> evitativo Problemas no controle da raiva Desregulação emocional	Impulsividade Presença de diagnóstico mental Insatisfação consigo mesmo Má qualidade do sono Desregulação emocional Pouca capacidade de reavaliação	Problemas quanto à regulação emocional
Psicossociais relacionais	Menor apoio familiar Funcionamento familiar empobrecido Abuso emocional, físico e sexual Vitimização por pares Dificuldade de comunicação com os pais Agressão interpessoal Estresse interpessoal	Menor apoio familiar Funcionamento familiar empobrecido Abuso emocional, físico e sexual Vitimização por pares Dificuldade de comunicação com os pais Contágio social Estresse interpessoal	Maior dificuldade de comunicação Presença de estresse interpessoal
Disposicionais	Sintomas depressivos Uso de substâncias Sintomatologia psicológica Ansiedade Tristeza	Sintomas depressivos Uso de substâncias Sintomatologia psicológica AMNS anterior	Afetos negativos TMC

O conteúdo da tabela sugere que apesar das diferenças culturais, sociais e econômicas, a AMNS é um problema de saúde pública que ultrapassa barreiras sociais e divisas. Uma crise silenciosa que grita por atenção. É geralmente aceito que a AMNS se tornou um problema crescente entre os adolescentes. As taxas relatadas de AMNS entre adolescentes variam amplamente entre os diferentes estudos, não apenas devido a diferenças reais na prevalência entre diferentes culturas ou regiões, mas também, a diferentes definições e operacionalizações, o que deve ser considerado em pesquisas futuras.

Apesar das taxas crescentes e da prevalência de AMNS e da crescente conscientização sobre esse comportamento, pouca discussão tem ocorrido sobre as formas de prevenir e reagir a esta questão prevalente que ocorre entre os adolescentes em uma escola. Os achados demonstraram que os adolescentes que tentam a automutilação podem estar em risco de desenvolver um comportamento habitual que atua como habilidade temporária de enfrentamento e os coloca em maior risco de morte, uma vez que eles perdem o controle sobre seu hábito. Os achados também sugerem que os indivíduos que se automutilam não representam um grupo homogêneo. Mais do que provavelmente, há subgrupos homogêneos, ou segmentos menores, de que indivíduos que praticam a AMNS compartilham traços em comum (motivação para esse comportamento, por exemplo). A implicação disso para a prática é que é importante avaliar uma ampla gama de comportamentos de AMNS, tanto indiretos quanto diretos.

Para além de sugestões mais abrangentes, pode-se pensar em intervenções que contemplem os diversos fatores associados que se evidenciaram na pesquisa de revisão e na pesquisa com os adolescentes como, por exemplo:

- Criar políticas de procedimentos para toda a escola;
- Proporcionar educação aos funcionários de todos os níveis;
- Ações em sala de aula com foco na regulação emocional e habilidades de enfrentamento;
- Grupos de discussões sobre a AMNS e seus fatores de risco e proteção, envolvendo pais/responsáveis, escola e alunos, abrindo um canal de comunicação;
- Atividades lúdicas como teatro (por exemplo: Teatro-Fórum) trazendo à tona um espaço para se expressar as emoções e refletir sobre a AMNS e seus fatores associados;
- Orientação em sala de aula, voltada a discutir a AMNS, suas feridas e cuidados físicos e alertar sobre os riscos de mortes acidentais;

➤ Reuniões com os adolescentes com AMNS para determinar a função do comportamento e verificar a necessidade de um atendimento terciário ou se as intervenções breves serão suficientes.

No contexto da pesquisa com os adolescentes montenegrinos, foi possível perceber a preocupação dos trabalhadores da escola, em especial professores e orientadores pedagógicos, diante da descoberta de que os alunos se automutilam, o que reforça a necessidade premente de que intervenções sejam realizadas. Verbalizações desses profissionais durante a coleta de dados foram frequentes, expressando impotência e despreparo para lidar com essa nova realidade no universo dos adolescentes. Dessa forma, em contrapartida à pesquisa, têm-se realizado oficinas voltadas à regulação emocional nesses espaços. Inicialmente, eram destinadas às escolas municipais, mas diante da repercussão da atividade, escolas estaduais têm realizado contato com a mestrandia, autora desta dissertação, solicitando o mesmo trabalho em seus ambientes. Essas oficinas constam de quatro encontros com os adolescentes e uma reunião com os pais (em dia de entrega de boletim).

Na primeira oficina são utilizados cartões de estímulo, nos quais são elencadas diversas emoções (negativas e positivas), sobre as quais os adolescentes são estimulados a falar. Abre-se, nessa oficina, o primeiro canal de comunicação, rompe-se um silêncio, difícil de não se emocionar diante das histórias que são contadas, diante dos exemplos trazidos, diante do sofrimento que se percebe em cada fala. A dificuldade de se comunicar, a dificuldade de encontrar um ponto de segurança, seja na família, com os amigos ou com a escola se mostra, não mais no questionário anônimo, mas numa fala, presente bem à frente. Na segunda oficina, os adolescentes, reunidos em grupos, escrevem histórias (pequenas vinhetas) acerca de situações experienciadas que envolvam as emoções discutidas no encontro anterior. Surgem vivências de pensamentos suicidas, de práticas da AMNS, de crises de ansiedade, de raiva além do controle, ou de vazios que ainda não conseguem ser nominados. Mais uma vez, é como se o questionário anônimo, aplicado meses antes, criasse vida, criasse voz, alertando para a necessidade de que profissionais da psicologia e das demais áreas da saúde busquem formas de se inserir nos ambientes escolares. Uma caixa para perguntas é colocada à disposição, para que os adolescentes possam, de forma anônima, ter um espaço para sanarem dúvidas. Surgem perguntas sobre ansiedade, depressão, suicídio, identidade sexual, sobre por que a AMNS gera alívio para a dor psíquica e sobre formas de lidar com o sentimento de vazio. O fechamento das oficinas é realizado mediante o “Juri das emoções”, em que é escolhida pelos adolescentes a pior emoção que alguém pode sentir. Advogados e testemunhas da defesa tentam argumentar a seu favor. Promotores e testemunhas de acusação tentam contrapor os

argumentos da defesa. As emoções trabalhadas desde o primeiro encontro não se calam. Os adolescentes falam livremente sobre o que sentem. Não há certo ou errado, há apenas livre expressão. O objetivo? Cortar o silêncio e não a pele.

Nesse cenário, é possível observar que comportamentos de AMNS são frequentemente percebidos como estigmatizantes e mantidos em segredo dos outros, e, portanto, informações sobre sua existência podem não ser compartilhadas espontaneamente se a questão não for abordada diretamente pelos profissionais da saúde de maneira respeitosa. Tratamentos adequados focados nos fatores associados devem ser oferecidos quando necessário. Habilidades adequadas para a regulação emocional e a comunicação também devem ser abordadas e estimuladas no contexto escolar, uma vez que o ambiente escolar é propício para que se desenvolvam intervenções, seja em caráter de prevenção primária, secundária ou terciária, por ser um local em que os adolescentes passam a maior parte do tempo, e pela questão do contágio social. Intervenções dessa natureza têm o potencial de reduzir ou mesmo evitar o contágio social entre os adolescentes em ambientes escolares.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: Instrumentos elaborados para o estudo

#### I. SOBRE VOCÊ: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Qual é seu sexo?  Feminino  Masculino

2. Ano

Quinto ano <input type="checkbox"/>	Sexto ano <input type="checkbox"/>	Sétimo ano <input type="checkbox"/>	Oitavo ano <input type="checkbox"/>	Nono ano <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------------	--	--	--------------------------------------

3. Idade: \_\_\_\_

4. Raça/Cor:  Branco  Negro  Pardo  Amarelo  Índio

5. Qual nível de estudos de seu pai?

Sem estudos <input type="checkbox"/>	Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/>	Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/>	Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/>	Ensino médio completo <input type="checkbox"/>	Curso superior <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	--

6. Qual nível de estudos de sua mãe?

Sem estudos <input type="checkbox"/>	Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/>	Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/>	Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/>	Ensino médio completo <input type="checkbox"/>	Curso superior <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	--

7. Qual a sua religião?

<input type="checkbox"/>	Católica
<input type="checkbox"/>	Evangélica – Pentecostal (Ex. (Assembléia de Deus, Universal, Deus é amor, Igreja da Graça...))
<input type="checkbox"/>	Evangélica – Tradicional (Luterana, Batista, Metodista, Adventista...)
<input type="checkbox"/>	Judaísmo
<input type="checkbox"/>	Espírita
<input type="checkbox"/>	Budismo
<input type="checkbox"/>	Umbandismo
<input type="checkbox"/>	Islamismo
<input type="checkbox"/>	Testemunha de Jeová
<input type="checkbox"/>	Não tenho crenças religiosas e espirituais
<input type="checkbox"/>	Tenho várias afiliações religiosas
<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?

8. O quanto você pratica sua religião?

Nunca <input type="checkbox"/>	Poucas vezes <input type="checkbox"/>	Algumas vezes <input type="checkbox"/>	Muitas vezes <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	--	------------------------------------

#### II- IDEIAÇÃO SUICIDA, PLANEJAMENTO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Você tem pensado em acabar com sua vida?	Sim	Não
Você já chegou a planejar uma forma de acabar com sua vida?	Sim	Não
Você já tentou acabar com sua vida?	Sim	Não

### III- AUTOMUTILAÇÃO NÃO SUICIDA

Você já se agrediu de PROPÓSITO de alguma das formas abaixo?

Comportamentos realizados de PROPÓSITO	Nunca aconteceu comigo (0)	Acontece algumas vezes (1)	Acontece muitas vezes (2)	Acontece Sempre (3)
1 Fiz vários cortes nos meus braços.				
2 Fiz vários cortes nas minhas pernas.				
3 Bati minha cabeça na parede ou em outro lugar buscando me machucar.				
4 Queimei minha pele.				
5 Fiz vários arranhões na minha pele.				
6 Cutuquei a mesma ferida várias vezes até sangrar.				
7 Enfiei objetos em baixo das unhas ou da minha pele.				
8 Esfolei a minha pele.				
9 Eu mordi a mim mesmo.				
10 Bati como punho contra objetos até ficar machucado (a).				
11 Ingeri substância ou objeto tóxico				
12 Já fiz outras coisas com a intenção de me machucar.				

### IV- ESTRESSE INTERPESSOAL

Neste questionário você encontrará algumas afirmações sobre sua relação com os amigos/colegas. Leia atentamente cada frase e indique seu grau de acordo com cada uma delas, marcando com um X o opção que mais se aproxima das suas preferências.


		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1	Meus amigos/colegas mandam eu fazer algo que não acho correto.					
2	Eu discuto com meus amigos/colegas.					
3	Meus amigos/colegas me culpam por algo que não fiz.					
4	Tenho sido desprezado pelos meus amigos/colegas.					
5	Meus amigos/colegas me contam a mesma coisa várias vezes.					
6	Costumo ter opiniões diferentes dos meus amigos/colegas.					
7	Preciso de muito tempo para me acalmar por coisas que meus amigos/colegas me dizem ou fazem para mim.					
8	Meus amigos/colegas se comportam de forma irresponsável.					
9	Preciso fazer coisas que não quero/gosto para que meus amigos/colegas me aceitem no grupo.					
10	Meus amigos/colegas não me convidam para festas.					
11	Me sinto desconectado dos meus amigos/colegas.					
12	Me sinto estranho quando estou em eventos junto com meus amigos/colegas					
13	Meus amigos/colegas me intimidam para eu fazer algo que eu não quero/gosto.					
14	Fui intimidado por um amigo/colega dizendo que bateria em mim.					
15	Sou ridicularizado pelos meus amigos/colegas.					
16	Preciso mentir para que meus amigos/colegas me aceitem no grupo.					
17	Sinto que amigos/colegas não confiam em mim.					

#### V- HABILIDADES SOCIAIS INTERPESSOAIS

Neste questionário você encontrará algumas afirmações sobre seu comportamento. Leia atentamente cada frase e indique seu grau de acordo com cada uma delas, marcando com um X a opção que mais se aproxima das suas preferências.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1	Consigo me apresentar facilmente às pessoas num primeiro contato.					
2	Consigo falar com alguém facilmente.					
3	Consigo falar bem de mim mesmo.					
4	Consigo explicar às pessoas exatamente o que quero que elas façam.					
5	Estou satisfeito comigo mesmo.					
6	Consigo me comunicar bem com as pessoas					
7	Consigo fazer qualquer coisa que eu queira fazer.					
8	Tenho um bom repertório de assuntos para conversar com as pessoas.					
9	Consigo me enturmar facilmente.					
10	Consigo dar bons conselhos aos meus amigos.					
11	Consigo fazer as pazes facilmente após uma discussão.					
12	Consigo me relacionar bem não só com meus colegas, mas também com outras pessoas e idosos.					
13	Eu consigo recusar a fazer algo desagradável por mais que insistam.					

**APÊNDICE B: Termo de anuência da Secretaria Municipal da Educação e Cultura de Montenegro/RS para a realização do estudo**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTENEGRO  
Secretaria Municipal de Educação e Cultura

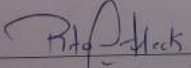
**TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.**

**Título do Projeto de Pesquisa**

**Prevalência e Funções da Automutilação não Suicida entre Adolescentes escolares da Rede Pública Municipal de Montenegro/RS**

Eu, Rita Julia Carneiro Fleck, Secretária Municipal de Educação e Cultura, responsável pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido por Sheila Gonçalves Câmara e Mara Cristiane Von Mühlen dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização da pesquisa nas escolas municipais: Escola Municipal de Ensino Fundamental São Paulo; Escola Municipal de Ensino Fundamental Adolfo Schüller; Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr Walter Belian; Escola Municipal de Ensino Fundamental Etelvino de Araújo Cruz; Escola Municipal de Ensino Fundamental José Pedro Steigleder; Escola Municipal de Ensino Fundamental Pedro João Müller; Escola Municipal de Ensino Fundamental Ana Beatriz Lemos; Escola Municipal de Ensino Fundamental Maria Josepha Alves de Oliveira.

Montenegro, 04 de julho de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**Rita Júlia Carneiro Fleck**  
Secretária Municipal da Educação e Cultura de Montenegro



"Doe Órgãos, Doe Sangue: Salve Vidas"  
Montenegro Cidade das Artes

Rua João Pessoa, 1363 - Cx. Postal, 59 - CEP 95780-000 - Montenegro/RS - Tel: (51) 3649.8200 - Fax: (51) 3632.4594

## APÊNDICE C: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Prevalência e funções da automutilação não suicida entre adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro/RS. Seus pais /responsáveis legais permitiram que você participasse. A pesquisa tem como objetivo estudar o fenômeno da automutilação entre adolescentes e aspectos da vida dos adolescentes que podem estar relacionados a esse comportamento. Automutilação são os comportamentos de machucar-se de propósito. Para isso você precisa responder algumas perguntas sobre comportamentos e hábitos seus. Ninguém ficará sabendo o que você respondeu. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Pode acontecer que você se sinta mal em responder às perguntas em função dos temas abordados. Se isso acontecer ou se você quiser conversar sobre os temas da pesquisa, você pode conversar diretamente com a pesquisadora, a qual estará disponível para atendê-lo(a) em sua escola. Você pode pedir para ser atendido tanto na hora de responder às perguntas como depois, se você se sentir mal por ter participado da pesquisa. Em qualquer momento, você pode recusar-se a participar da pesquisa ou retirar seu assentimento, sem nenhum prejuízo para você. No entanto, no caso de que seja identificado algum dano a você, em decorrência comprovada da participação no estudo, haverá a devida indenização. Em qualquer momento, durante a participação na pesquisa ou depois, você poderá entrar em contato com a pesquisadora para esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, e se você sentir necessidade de ser atendido. Os telefones para contato das pesquisadoras é: (51)980619575 (Mara Cristiane von Mühlen) e (51) 99999368 (Sheila Gonçalves Câmara)

( ) SIM, eu aceito participar  ( ) NÃO quero participar 

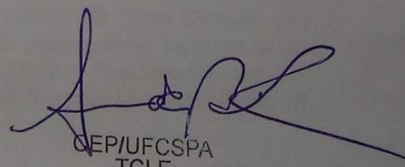
Eu, \_\_\_\_\_  
recebi as informações sobre os objetivos e a importância da pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Montenegro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Assinatura do adolescente

*Glennara*

Assinatura do pesquisador responsável

  
CEP/UFCSA  
TCLE  
APROVADO  
18/10/18

## APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, está sendo convidado a participar da pesquisa "Prevalência e funções da automutilação não suicida entre adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro/RS", sob responsabilidade das pesquisadoras Sheila Câmara e Mara Cristiane von Mühlen, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. A pesquisa tem como objetivo estudar o fenômeno da automutilação entre adolescentes e aspectos da vida dos adolescentes que podem estar relacionados a esse comportamento. Automutilação são os comportamentos de machucar-se de propósito. Trata-se de um tema de significativa preocupação social sendo crescente a necessidade da busca de informações que permitam a caracterização do problema no município de Montenegro/RS e através dela, transpor para outras comunidades indicadores estabelecidos a partir dos dados coletados, podendo ser trabalhados em ações preventivas junto às escolas e famílias, além de políticas públicas. A participação de filho, ou menor sob sua responsabilidade, consiste no preenchimento dos seguintes questionários: Inquérito sociodemográfico, Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), Escala de automutilação não suicida, Escala FASM, Questões sobre ideação, planejamento e tentativa de suicídio, *General Health Questionnaire* - 12 itens (GHQ-12), Escala Brasileira de *Coping* para Adolescentes (EBCA) (versão revisada), questão sobre impulsividade, *Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* (BMSLSS), Escala de Afetos Positivos e Negativos, *Trait meta-moodscale* (TMMS-24), Facilidade de comunicação com as pessoas, Escala de estresse interpessoal, Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) e Escala de habilidades sociais interpessoais. Os questionários serão respondidos em sala de aula, durante o período normal de aula, após você ter autorizado a participação dele. É possível que seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, sinta algum desconforto em responder aos instrumentos em função dos temas abordados. Também é possível que você queira obter mais informações sobre o tema da pesquisa. Nesses casos, você, seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, podem conversar diretamente com a pesquisadora que estará disponível para atender a você, seu filho, ou menor sob sua responsabilidade na própria escola. Também é importante que você saiba que, no caso de que seja identificado algum aspecto que possa ocasionar mal-estar comprovadamente decorrente da pesquisa, vamos conversar com ele(ela) para buscar uma maneira de ajudá-lo(a), pois as pesquisadoras estarão disponíveis para acolher e, se necessário, realizar atendimento psicológico. Isso poderá ser feito tanto no momento da pesquisa, como depois, se necessário. Nesse caso, você também poderá ser contatado(a). Em qualquer momento, seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, pode recusar-se a participar da pesquisa ou retirar seu assentimento sem nenhum prejuízo pessoal. A pesquisa ocorrerá em sala de aula, na escola, em data agendada, em um período médio de 40 minutos. Os dados que serão coletados serão analisados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes. Os benefícios do presente estudo referem-se à construção de instrumentos de avaliação de automutilação não suicida, conflitos interpessoais e habilidades sociais interpessoais para adolescentes. Além disso, propõe um levantamento da prevalência de automutilação não suicida entre adolescentes escolares brasileiros, contribuindo para a visibilidade deste agravo, também são investigados fatores de risco e proteção e sua contribuição para o fenômeno. Com isso, pretende-se estabelecer indicadores a serem trabalhados em ações preventivas junto às escolas e famílias, além de políticas públicas. Os resultados do estudo serão operacionalizados em um programa de intervenção em parceria com os setores da educação e da saúde de Montenegro, RS. Esclarecemos que seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, não receberá nenhuma remuneração pela participação na pesquisa. No entanto, no caso de que seja identificado algum dano do seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, que seja comprovadamente em decorrência da participação no estudo, o ressarcimento será de responsabilidade da equipe de pesquisa. Em qualquer momento, durante a participação na pesquisa ou depois, você, seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, poderão entrar em contato com as pesquisadoras para esclarecimentos sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa. Os telefones para contato são: (51)980619575 (Mara Cristiane von Mühlen) e (51) 999990308 (Sheila Gonçalves Câmara). As pesquisadoras localizam-se na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (Rua Sarmiento Leite, nº 245, Departamento de Psicologia, Sala 208 do prédio principal). Também há a possibilidade de

CEPI/UFCSA  
TCLE  
APROVADO  
18/10/18

entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, situado no mesmo endereço, no prédio 3, sala 407, ou através do telefone (51)3303-8804, das 8h às 17h, de segunda à sexta, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas. Se você aceita que seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, participe dessa pesquisa, isso quer dizer que você foi informado dos objetivos, dos procedimentos de coleta de dados, que os dados servirão para estudos científicos e para programas de prevenção, promoção e intervenção, que você foi informado que você não será identificado, sendo os seus dados anônimos e de a participação de seu filho, ou menor sob sua responsabilidade, não prejudica sua vida escolar ou pessoal. O termo deverá ser assinado em 2 (duas) vias, ficando uma com você enquanto que a outra deverá ser devolvida às pesquisadoras.

Montenegro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2018

Nome do participante \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador que conduziu o procedimento Mara

Assinatura [Handwritten Signature]

Nome do pesquisador responsável: Sheila Gonçalves Câmara

Assinatura [Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]  
 CEPI/UFCSA  
 TCLE  
 APROVADO  
 18/10/18

## ANEXOS

### ANEXO A: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

#### SOBRE AS COISAS QUE VOCÊ TEM EM SUA CASA, MARQUE A QUANTIDADE

	Quantidade				
	0	1	2	3	4
Banheiros	0	1	2	3	4
Empregados domésticos	0	1	2	3	4
Automóveis	0	1	2	3	4
Computador	0	1	2	3	4
Lava louça	0	1	2	3	4
Geladeira	0	1	2	3	4
Freezer (separado ou na geladeira)	0	1	2	3	4
Lava roupa	0	1	2	3	4
DVD	0	1	2	3	4
Micro-ondas	0	1	2	3	4
Motocicleta	0	1	2	3	4
Secadora de roupa	0	1	2	3	4

#### Grau de instrução da pessoa responsável pela família

Analfabeto / Primeira a terceira série	0
Primeira à quarta série / Quinta à sétima série	1
Fundamental completo / Médio incompleto	2
Médio completo / superior incompleto	3
Superior completo	4

#### Acesso a serviços públicos

	Sim	Não
Água encanada		
Rua pavimentada		

**ANEXO B:** Escala Brasileira de *Coping* para Adolescentes (Versão Revisada)

Responda: as questões da forma que melhor representa a sua realidade.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Tento ignorar o problema					
2	Procuro pessoas competentes no tema do problema					
3	Desisto de tentar resolver o problema					
4	Tento evitar o problema afastando-me dele					
5	Procuro o apoio de meus pais e amigos					
6	Procuro outras pessoas para conversar e verificar se podem me ajudar					
7	Tento não pensar no problema e entro em redes sociais, vou ao cinema ou assisto tevê.					
8	Procuro saber como outras pessoas resolveriam o problema					
9	Busco sempre uma forma de ação frente ao meu problema					
10	Paro para pensar em como estou agindo e por quê					
11	Espero que o problema se resolva sozinho					
12	Procuro conselho e/ou ajuda de algumas pessoas para resolver o problema					
13	Não faço nada, pois acho que não posso resolver o problema					
14	Chateio-me e transfiro esse sentimento para outras pessoas					
15	Durmo e/ou como mais do que o habitual					

**ANEXO C: Trait meta-mood scale (TMMS-24)**

Neste questionário você encontrará algumas afirmações sobre suas emoções e sentimentos. Leia atentamente cada frase e indique seu grau de acordo com cada uma delas, marcando com um X o número que mais se aproxima das suas preferências.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo em parte</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Concordo em parte</b>	<b>Concordo plenamente</b>
1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.					
3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.					
4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.					
5. Deixo que os meus sentimentos interfiram em meus pensamentos.					
6. Penso constantemente no meu estado de espírito.					
7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.					
8. presto muita atenção àquilo que sinto.					
9. Normalmente sei o que estou sentindo.					
10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.					
11. Quase sempre sei exatamente aquilo que sinto.					
12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.					
13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.					
14. Consigo dizer sempre o que sinto.					
15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.					
16. Consigo perceber aquilo que sinto.					
17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude otimista.					
18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.					
19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.					
20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.					
21. Se sinto que estou perdendo a cabeça, tento acalmar-me.					
22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.					
23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.					
24. Quando estou zangado, procuro mudar a minha disposição.					

**ANEXO D: Comunicação com as pessoas**

**Como é para você falar com as seguintes pessoas sobre temas que realmente lhe preocupam? (Por favor, marcar somente uma alternativa por linha)**

	Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não tenho esta pessoa
Pai					
Mãe					
Outros adultos					
Irmãos					
Irmãs					
Amigos					
Professores					

## ANEXO E: QUESI – Questionário Sobre Traumas na Infância

**Abaixo seguem algumas questões sobre a sua Infância.**

**Marque X na alternativa que melhor corresponda à sua realidade.**

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou “feio(a)”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da minha família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me senti amado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tive uma ótima infância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu senti que alguém da minha família me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas da minha família se sentiam unidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha família foi uma fonte de força e apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguém me molestou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu acredito que fui abusado(a) sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu apanhei tanto que um vizinho, professor ou medico chegou a notar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO F: General Health Questionnaire (GHQ-12)**

1. Tens conseguido te concentrar no que fazes?

<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o de costume	<input type="checkbox"/> Menos que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o de costume
--	---	---	---

2. Tens perdido o sono com preocupações?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que o de costume
------------------------------	--	--	--

3. Tu te sentes útil na vida?

<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o de costume	<input type="checkbox"/> Menos que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o de costume
--	---	---	---

4. Tu te sentes capaz de tomar decisões?

<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o de costume	<input type="checkbox"/> Menos que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o de costume
--	---	---	---

5. Tu te sentes constantemente sob pressão?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que o de costume
------------------------------	--	--	--

6. Tens tido prazer em fazer tuas atividades normais, do dia-a-dia?

<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o de costume	<input type="checkbox"/> Menos que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o de costume
--	---	---	---

7. Tens a sensação de não poder superar as dificuldades?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que o de costume
------------------------------	--	--	--

8. Tens te sentido capaz de enfrentar teus problemas?

<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o de costume	<input type="checkbox"/> Menos que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o de costume
--	---	---	---

9. Tens te sentido infeliz e deprimido?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que o de costume
------------------------------	--	--	--

10. Tens pensado em ti mesmo como uma pessoa sem valor?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que o de costume
------------------------------	--	--	--

11. Tens perdido a confiança em ti mesmo?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito mais que o de costume
------------------------------	--	--	--

12. Em geral, tens te sentido feliz?

<input type="checkbox"/> Mais que o de costume	<input type="checkbox"/> O mesmo que o de costume	<input type="checkbox"/> Menos que o de costume	<input type="checkbox"/> Muito menos que o de costume
--	---	---	---

### ANEXO G: Escala de Afetos

Responda as opções das questões abaixo com as seguintes alternativas:

1	2	3	4	5
Nunca	Pouco frequentemente	Algumas vezes	A maior parte do tempo	Todo o tempo

Durante os últimos 30 dias, com que frequência você se sentiu?

1. Tão triste que nada o/a deixava animado/a?	1	2	3	4	5
2. Nervoso/a?	1	2	3	4	5
3. Incomodado/a	1	2	3	4	5
4. Sem esperança?	1	2	3	4	5
5. Que tudo era uma obrigação?	1	2	3	4	5
6. Desprezível ou inútil?	1	2	3	4	5
7. Alegre ou jovial?	1	2	3	4	5
8. De bem com a vida?	1	2	3	4	5
9. Extremamente feliz?	1	2	3	4	5
10. Calmo/a?	1	2	3	4	5
11. Satisfeito/a?	1	2	3	4	5
12. Cheio/a de vida?	1	2	3	4	5

**ANEXO H: Parecer Consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE

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

**Título da Pesquisa:** Prevalência e funções da automutilação não suicida entre adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro/RS

**Pesquisador:** Sheila Gonçalves Câmara

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 94359518.8.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.971.591

**Apresentação do Projeto:**

A automutilação não suicida tem atingido altas prevalências em diversos países do mundo, associada a diversas funções e fatores psicossociais, sendo que a realidade brasileira carece de instrumentos que mensurem as expressões desse construto. Assim sendo, apresenta-se este projeto que investigará prevalências, funções e a contribuição de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade dos pais, religião, prática da religião e classificação econômica), individuais (bem-estar psicológico, estratégias de coping, impulsividade, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e regulação emocional) e variáveis psicossociais (facilidade de comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus tratos na infância e habilidades sociais interpessoais) na predição da automutilação não suicida. Além disso, verificará as evidências da escala de automutilação não suicida, escala de conflitos interpessoais e escala de habilidades interpessoais, bem como a avaliação das evidências de validade das mesmas na população em estudo, buscando contemplar a necessidade de recursos técnicos para a execução do estudo por não terem sido encontradas, no Brasil, escalas que mensurassem a expressão de tais construtos. A pesquisa será realizada com adolescentes escolares dos quintos aos nonos anos, matriculados na rede pública municipal de Montenegro/RS (n=1.413). Como instrumentos serão utilizados: Inquérito sociodemográfico, Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), Escala de automutilação não suicida, Escala FASM, Questões sobre ideação suicida, planejamento e tentativa de suicídio, General Health

**Endereço:** Rua Sarmento Leite, 245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.971.591

Questionnaire – 12 itens (GHQ-12), Escala Brasileira de Coping para Adolescentes (EBCA) (versão revisada), questão sobre impulsividade, Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS), Escala de Afetos Positivos e Negativos, Trait meta-moodscale (TMMS-24), Facilidade de comunicação com as pessoas, Escala de estresse interpessoal, Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) e Escala de habilidades sociais interpessoais. Para a análise dos dados serão utilizadas as análises: univariada, bivariada e multivariada. Para o estudo das evidências de validade serão conduzidas análises fatoriais: exploratória e confirmatória e análise da consistência interna pelo método Alfa de Cronbach. O estudo visa a subsidiar futuras ações de prevenção e promoção da saúde nessa população.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Verificar a contribuição de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor autorreferida, escolaridade dos pais, religião, prática da religião e classificação econômica), individuais (bem-estar psicológico, estratégias de coping, impulsividade, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e regulação emocional) e variáveis psicossociais (facilidade de comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus tratos na infância e habilidades sociais interpessoais) na predição da automutilação não suicida entre adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro, RS.

**Objetivo Secundário:** Verificar as evidências de validade de três escalas na população em estudo: 1) Escala de automutilação não suicida; 2) Escala de estresse interpessoal; e 3) Escala de habilidades sociais interpessoais na população em estudo. Investigar a prevalência e as funções da prática de automutilação não suicida entre os adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro, RS; Descrever as variáveis individuais (bem-estar psicológico, estratégias de coping, impulsividade, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e regulação emocional) e as variáveis psicossociais (facilidade de comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus tratos na infância e habilidades sociais interpessoais) entre os adolescentes escolares, com e sem automutilação não suicida, da rede pública municipal de Montenegro, RS; Descrever as funções da automutilação não suicida entre os adolescentes escolares que apresentem esse comportamento; Investigar a relação entre variáveis

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite, 245

**Bairro:** Sarmiento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.971.591

sociodemográficas, individuais e psicossociais e a automutilação não suicida entre os adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro, RS. Avaliar as diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, relacionadas à prática de automutilação não suicida entre os adolescentes escolares da rede pública municipal de Montenegro, RS. Avaliar o perfil diferencial entre adolescentes com e sem a prática de automutilação não suicida em termos de variáveis individuais (bem-estar psicológico, estratégias de coping, impulsividade, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos e regulação emocional) e as variáveis psicossociais (facilidade de comunicação com pessoas de referência, estresse interpessoal, maus tratos na infância e habilidades sociais interpessoais).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Como riscos, é relevante salientar que o conteúdo dos instrumentos pode ocasionar desconforto emocional. Os conteúdos abordados referem-se a questões individuais e de relacionamento social que podem repercutir em uma experiência desagradável para alguns participantes. Além disso, as respostas referentes à ideação, planejamento e tentativa de suicídio, bem como automutilação não suicida e suas funções, constituem tema bastante delicado e de caráter clínico. Não se considera que a participação no estudo possa eliciar tais comportamentos, porém as pesquisadoras estão cientes do potencial mobilizador dos conteúdos abordados.

**Benefícios:** Os benefícios do presente estudo referem-se à construção de instrumentos de avaliação de automutilação não suicida, conflitos interpessoais e habilidades sociais interpessoais para adolescentes. Além disso, propõe um levantamento da prevalência de automutilação não suicida entre adolescentes escolares brasileiros, contribuindo para a visibilidade deste agravo; também são investigados fatores de risco e proteção e sua contribuição para o fenômeno. Com isso, pretende-se estabelecer indicadores a serem trabalhados em ações preventivas junto às escolas e famílias, além de políticas públicas. Os resultados do estudo serão operacionalizados em um programa de intervenção em parceria com os setores da educação e da saúde de Montenegro, RS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O objeto da pesquisa "automutilação não suicida" é um tema de significativa preocupação social sendo crescente a necessidade da busca de informações que permitam a caracterização do problema no município de Montenegro/RS e através dela, transpor para outras comunidades

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245  
**Bairro:** Sarmento **CEP:** 90.050-170  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.971.591

indicadores estabelecidos a partir dos dados coletados, podendo ser trabalhados em ações preventivas junto às escolas e famílias, além de políticas públicas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória atendidos.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma pendência ou inadequação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1170040.pdf	01/10/2018 23:11:37		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP3009.pdf	01/10/2018 23:10:14	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MARAVONMUHLEN_PROJETO_CEP_3009.docx	01/10/2018 23:04:27	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOAASSENT.pdf	31/08/2018 16:50:25	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/08/2018 16:50:13	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_entrega_relatorio.pdf	24/07/2018 22:29:58	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito
Outros	Autorizacao_SMEC.jpg	24/07/2018 22:19:47	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	24/07/2018 22:13:26	Mara Cristiane von Mühlen	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.971.591

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Fernanda Bordignon Nunes**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS      **Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

## ANEXO I: Normas de formatação da revista Arquivos Brasileiros de Psicologia

08/08/2019

Arq. bras. psicol. Instruções aos autores



ISSN 1809-5267 versão online  
ISSN 0100-8692 versão impressa

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Normas para publicação](#)
- [Condições para submissão](#)
- [Patrocinadores](#)

#### [Normas para publicação](#)

A revista **Arquivos Brasileiros de Psicologia** é órgão oficial do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), editada com periodicidade quadrimestral sob a responsabilidade do Programa de Pós-graduação em Psicologia (IP-UFRJ). A **ABP** publica trabalhos inéditos em Psicologia e áreas afins, em português, espanhol, inglês ou francês, nas seguintes categorias::

#### **Artigos contendo relatos de pesquisa com dados empíricos**

Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica: máximo de 50.000 caracteres com espaços, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências.

#### **Artigos com reflexões teóricas**

Análise de construtos teóricos e reflexões relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento e avanço da Psicologia e áreas afins: máximo de 50.000 caracteres com espaços.

#### **Relatos de experiência profissional**

Artigo com descrição de experiência individual ou coletiva de proposta de intervenção pontual ou estudo de caso, contendo descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, análise de implicações conceituais, explicitando o contraponto teoria/prática e indicando com precisão as condições de realização da experiência relatada, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia e de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas: máximo de 16.000 caracteres com espaços.

#### **Resenhas de livro**

Apresentação e análise crítica de livros relevantes para a psicologia e áreas afins, nacionais ou estrangeiros, regularmente publicados no mercado editorial nos últimos dois anos. Não são necessários resumo e palavras-chave: máximo de 16.000 caracteres com espaços.

#### **Seção aberta**

A Seção Aberta publica relatos de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas ou eventos culturais (p.e., conferências nacionais e internacionais); entrevistas; artigos internacionais, já publicados no exterior, mas inéditos no Brasil.

#### **PROCEDIMENTOS PARA SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos submetidos, desde que de acordo com as normas para publicação, descritas abaixo, serão encaminhados a dois consultores ad hoc ou membros do Conselho Editorial para avaliação cega. Dois pareceres favoráveis indicarão a aceitação final para publicação. Em caso de pareceres contraditórios, um terceiro parecer será solicitado.

Os manuscritos a serem avaliados visando publicação devem ser submetidos exclusivamente via internet:

<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/arbpb>

O primeiro passo é cadastrar-se como autor no mesmo endereço. Em caso de artigos com múltipla autoria, os nomes de todos os autores deverão constar no metadados da submissão, obrigatoriamente. Para incluir mais de um autor, clicar em "incluir autor" e o campo ficará disponível para preenchimento.

Todo e qualquer texto encaminhado à Revista deve ser acompanhado de carta assinada **por todos os autores**, onde esteja explicitada a intenção de submissão ou nova submissão do trabalho para publicação e a declaração de responsabilidade pelos aspectos éticos e a autoria do trabalho. Igualmente, deverá constar que o trabalho não foi apresentado, na íntegra, em outro veículo de informação, nem está em avaliação por outro periódico. Essa carta deve conter, ainda, autorização para reformulação de linguagem, se necessária para atender aos padrões da Revista. Os autores devem revelar eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa. De maneira semelhante, os autores devem revelar todas as fontes de financiamento envolvidas no trabalho. Devem garantir também que respeitaram a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas. Todos os documentos complementares devem ser anexados pelo sistema eletrônico de editoração, em arquivo de imagem ou de texto.

Artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos e/ou referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) deverão ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o que prevê a Resolução 196/96 do referido Conselho. Em textos contendo dados de casos clínicos, é preciso que se obtenha um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esses documentos devem ser anexados no campo "incluir documento suplementar" do metadados.

Este periódico obedece ao sistema de avaliação por pares (*double blind review*), processo que preserva a identidade dos autores e consultores. Os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os textos submetidos serão inicialmente apreciados pela Comissão Editorial. No caso de não se adequarem às normas ou ao escopo do periódico serão excluídos do sistema e seus autores informados. Caso contrário, serão encaminhadas para avaliação pelos pares, de acordo com o seguinte procedimento:

1. Encaminhamento para emissão de parecer a dois consultores ad hoc ou a dois membros do Conselho Editorial da revista.
2. Recepção dos pareceres, com recomendação para aceitação (com ou sem modificações) ou recusa. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões com a maior brevidade possível (os pareceres serão disponibilizados para os autores, preservadas as identidades dos consultores).
3. As modificações realizadas pelos autores deverão constar nos manuscritos reformulados em cor diferente ou negrito.
4. Os manuscritos reformulados serão examinados pela Comissão Editorial que decidirá, com base nas recomendações dos consultores, pela aceitação para publicação, pela necessidade de reformulações adicionais ou pela recusa do manuscrito para publicação. Em caso de aceitação para publicação, a Comissão Editorial reserva-se o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização conforme os parâmetros editoriais da revista.
5. A decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito é sempre da Comissão Editorial.
6. A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos é daqueles que o escrevem.

oximadamente (16.800 caracteres a 50.000 caracteres), em espaçamento entrelinhas de 1,5. Serão aceitos textos nos idiomas português, espanhol, francês ou inglês;

#### **ASPECTOS A RESPEITAR NO TEXTO SUBMETIDO**

Os manuscritos poderão ser escritos em português, espanhol, francês ou inglês e conter resumos em português, inglês e espanhol; no caso de trabalhos em francês, incluirão igualmente resumo nessa língua. Os textos deverão respeitar as normas editoriais estabelecidas por este periódico, adaptadas da 5ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association (APA)*, de 2001 ([www.apastyle.org](http://www.apastyle.org)):

- Formato Microsoft Word 97/2000/XP (.doc) ou OpenOffice.org 1.0 Text Document (.sxw);
- Extensão: 16.800 caracteres a 50.000 caracteres com espaços, de acordo com a categoria do artigo;

- Fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento entrelinhas de 1,5, margem mínima de 2,0 em todos os lados, justificado;
- Tabelas, gráficos e imagens (em formato JPEG) devem constar no corpo do texto, logo abaixo da referência feita (ex: de acordo com a Tabela 1 podemos afirmar que ...), não excedendo o limite máximo de 1Mb por imagem.
- No arquivo de texto, a primeira página deve apresentar a seguinte sequência: título em português, resumo, palavras-chave, título em inglês, abstract, keywords, título em espanhol, resumen e palabras clave. Em uma nova página, o texto a ser avaliado.
- Título em português em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em inglês em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em espanhol em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta);
- Resumo em português (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em inglês (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em espanhol (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Palavras -chave em português: de três a cinco separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras -chave em inglês (Keywords): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras-chave em espanhol (Palabras clave): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta;
- Preenchimento obrigatório e completo dos "metadados da submissão", em português, inglês e espanhol. Para selecionar o metadados em inglês e espanhol, clicar o idioma escolhido no canto superior direito da página de **Arquivos Brasileiros de Psicologia**.
- Os tópicos, no corpo do texto, devem vir sempre em negrito e os subtópicos sem negrito. Em ambos, apenas a primeira letra deve vir em caixa alta (maiúscula). Não deverá haver nenhum tipo de numeração/marcação para os tópicos e subtópicos.
- Indicar obrigatoriamente, nos metadados, 'área do conhecimento acadêmico', palavras-chave e agências de financiamento, se houver.
- No corpo do texto, o itálico deve ser usado apenas para palavras estrangeiras e o negrito para destaque de palavras e títulos de livros, artigos ou textos citados.

#### **Notas (se houver)**

Por se tratar de uma revista eletrônica, o recurso "nota de rodapé" do Word só deve ser utilizado em casos relevantes que não caibam na sequência lógica do texto. Serão arroladas em rodapé, numeradas.

Serão arroladas em rodapé, numeradas e em sequência.

#### **Citações**

As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses, seguindo o padrão:

- até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as citações;

Ex: Dor (1991) ou Ansermet e Borie (2007), (Dor, 1991, p. 35) ou (Dor, 1991, pp.35-37) ou (Ansermet & Borie, 2007, p. 154).

- de três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de "et al." e ano de publicação;

Ex: 1ª citação

Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto e Bonadio (2004)

(Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto, & Bonadio, 2004)

#### Citações subsequentes

Alves Filho et al. (2004) (Alves Filho et al., 2004)

Nas referências: Alves Filho, A. G., Cerra, A. L., Maia, J. L., Sacomano Neto, M., & Bonadio, P.V. G. (2004). Pressupostos do gerenciamento da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11(3), 275-288.

Ex: Costa et al. (2000)

No caso de **citação literal**, o trecho deve aparecer entre aspas, com indicação, logo após a citação, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras devem ser colocados em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

#### Referências

Indicar as que constam no texto e somente estas.

As **Referências** deverão ser relacionadas alfabeticamente, imediatamente após o final do texto, pelos últimos sobrenomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 5ª edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA), de 2001.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data: acrescentar uma letra minúscula após a data da obra consultada. Ex: (Freud, 1905/1996a), (Freud, 1908/1996b) ou Rogers (1973a), Rogers (1973b).

#### -Livros e obras tomados na íntegra:

Baudrillard, J. (2002). *A troca impossível*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Pasquali, L. (Org.). (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LapPam/IBAPP.

#### -Capítulos de coletâneas:

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petrópolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

#### -Artigos em periódicos científicos:

08/08/2019

Arq. bras. psicol. Instruções aos autores

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

Andriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12, 419-428.

-Artigo de revista científica paginada por fascículo:

proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo, entre parênteses, imediatamente após o número do volume.

-Obra antiga e reeditada em data posterior:

Primeiramente o ano de publicação original, seguido pelo ano da publicação consultada. Ex: Freud (1905/1996).

-Nas referências:

Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3a ed., M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Originalmente publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

-Teses ou dissertações não publicadas:

Cusatis Neto, R. (2007). Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 180pp.

-Autoria institucional:

American Psychological Association. (2001). *Publication manual* (5a ed.). Washington: Autor.

-Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores e datas dos dois textos, conforme o exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)".

-Material obtido da internet:

Associação de Moradores de Vila Real (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Disponível em <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>. Acesso em 25 de agosto de 2004.

*Precisamos vencer a dengue agora* (s/d). Disponível em <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>. Acesso em 12 de junho de 2005.

Candiotto, C. (2007). *Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault*. *Kriterion*, 48(115). Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 de janeiro de 2008, doi: 10.1590/S0100-512X 2007000100012.

Instituto Nacional de Câncer. (2003b). *Câncer no Brasil: dados dos registros de populacional*. Disponível em <http://www.inca.gov.br/regpop>. Acesso em 22 de fevereiro 2006.

VandenBos, G., Knapp, S. e Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates [Versão electrónica]. *Journal of Bibliographic Research*, 5: 117-123. Disponível em <http://jbr.org/articles.html>. Acesso em 13 de Outubro de 2001 .

#### Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Certifico que a contribuição é *original* e referente à psicologia e/ou áreas afins;
2. Encontro-me ciente de que a contribuição submetida ao Conselho Editorial da Revista, desde que de acordo com as normas para publicação, será submetida a dois membros do Conselho Editorial ou consultores ad hoc para avaliação cega e ciente outrossim de que pequenas alterações ortográficas no texto poderão ser feitas a critério do Conselho Editorial da revista, sem consulta aos autores;
3. Na contribuição submetida consta carta assinada por todos os autores, scaneada e anexada no campo 'documento suplementar' (verificar em diretrizes para autores o conteúdo que deve conter a carta)?
4. Na contribuição submetida, no caso de artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos e/ou referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) consta a cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o que prevê a Resolução 196/96 do referido Conselho? Em textos contendo dados de casos clínicos, consta um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?
5. Na contribuição submetida consta, nesta ordem: título em português, resumo, palavras-chave, título em inglês, abstract, keywords, título em espanhol, resumen e palabras clave? Em uma nova página, o texto a ser avaliado?
6. Na contribuição submetida consta título em português, com até 10 palavras e com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta)?
7. Na contribuição submetida consta título em inglês, com até 10 palavras e com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta)?
8. Na contribuição consta título em espanhol, com até 10 palavras e com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta)?
9. Na contribuição submetida consta resumo em português (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1.000 caracteres com espaços)?
10. Na contribuição submetida consta resumo em inglês (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1.000 caracteres com espaços)?
11. Na contribuição submetida consta resumo em espanhol (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços)?
12. Na contribuição submetida constam palavras-chave em português: de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula?
13. Na contribuição submetida constam palavras-chave em inglês: de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula?
14. Na contribuição submetida constam palavras-chave em espanhol: de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula?
15. Na contribuição submetida consta o preenchimento obrigatório do 'metadados da submissão' em português, inglês e espanhol?
16. Na contribuição submetida consta texto, sem qualquer identificação de autoria, seja no cabeçalho, seja no corpo do texto, ou nas propriedades do documento, para avaliação pelos consultores?
17. A contribuição submetida encontra-se rigorosamente de acordo com as normas de publicação exigidas por **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, segundo as Diretrizes do autor, encontradas na seção "Sobre" da Revista?

08/08/2019

Arq. bras. psicol. Instruções aos autores

18. Certifico que todos os autores do texto submetido estão cadastrados no sistema com seus respectivos dados biográficos.

### Patrocinadores



Ministério  
da Educação

Ministério da  
Ciência e Tecnologia



[\[Home\]](#) | [\[Sobre esta revista\]](#) | [\[Corpo editorial\]](#) | [\[Assinaturas\]](#)

 Todo conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

*Universidade Federal do Rio de Janeiro*  
Av. Pasteur, 250 Fundos  
Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha - Urca  
22290-240 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil



[arquivosbrap@psicologia.ufrj.br](mailto:arquivosbrap@psicologia.ufrj.br)

## ANEXO I: Normas de formatação da revista Psicologia: Ciência e Profissão

08/08/2019

Psicol., Ciênc. Prof. (Impr). - Instructions to authors



ISSN 1414-9893 *printed version*  
ISSN 1982-3703 *versión online*

### INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- [Scope and Policy](#)
- [Guide for authors](#)
- [Send of the manuscripts](#)
- [Authors manuscript submission](#)

#### Scope and Policy

**Psychology: Science and Profession (PSP)** it is a journal quarterly published by the Brazilian Federal Council of Psychology.

The Journal publishes original texts in Portuguese, English, Spanish or French that are scientifically and socially relevant to the production of knowledge in the area of psychology and have a critical perspective, aligned with the policies of the profession and Human Rights.

#### Guide for authors

Submission of an article to PSP implies that the work described has not been published previously, that it is not under consideration for publication elsewhere.

Regarding ethical aspects and the arrangement of the article, all manuscripts submissions should follow the conventions laid down in the Sixth Edition of the Publication Manual of the American Psychological Association (APA, 2010. *Publication manual of the American Psychological Association* 6th ed. Washington, DC). The information omitted in the following description implies that the APA orientation shall prevail.

#### Types of papers

##### Psychology: Science and Profession publishes:

**1. Theoretical study / Literature review** –The journal requires that the theoretical research in different fields of knowledge contribute to further the development of a subject or concept, put forth a theoretical debate that shows the state of the art in the field of psychology and its interfaces and culminate in notes suggesting a critical and innovative perspective. Articles that merely review literature and mention other authors' position on concepts and theories or that research and survey data bases will not be accepted by this journal;

**2. Research reports** - Defined as scientifically relevant and unprecedented investigation, based on empirical material. It is necessary to explain the theoretical and methodological foundation and analysis, as well as the discussion that stems from the research. It should be between 20 and 25 pages long, excluding the abstract and reference list;

**3. Case reports** –Refers to reports on experiences that are related to professional intervention and that contribute to Psychological practices. Paper should be between 20 and 25 pages long, excluding the abstract and reference list.

The abbreviated title of the journal is **Psicol., Ciênc. Prof.** and should be used in footnotes and references.

Articles that are accepted for publishing become property of the journal.

In case the author wishes to disclose his/her work in other formats, this first publication must be quoted.

#### **Texts requirements:**

Papers submitted to RPCP cannot have been published in another format previously (journals, books, etc.) and cannot have been simultaneously submitted to or published in another scientific publication or research channel.

All submissions must be in accordance with APA Norms: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author), regarding paper presentation and ethical aspects inherent to the accomplishment of scientific research. Any omission of the following information will imply the enforcement of APA guidelines.

**Note:** If a quote or interview excerpt is less than 40 words long it should be incorporated into the text inserted between double quotes. In the case that it is 40 or more words long, it should be presented in a different text block and not in quotes.

#### **General evaluation criteria for texts:**

1. Papers may be submitted in Portuguese, English, Spanish or French and must include resumo, abstract and resúmen;
2. Text must be typed in double spacing, 12 pt. Times New Roman font, margins of 2.54 cm, aligned to the left;
3. Texts should be submitted in .doc or .docx format;
4. Tables and figures (graphs and images) should be in the body of the text, in an editable format;
5. Sheets must not be numbered;
6. Titles should be up to 12 words long, in bold, centered, and have upper and lowercase letters;
7. Titles should refer to the phenomena studied and its relation to the research context;
8. The abstract should be in accordance with the development of the text and be 150 to 250 words long and contain from 3 to 5 key words per abstract;
9. References and quotes should be in accordance to APA Publication Norms: American Psychological Association. (2010). (*Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author);
10. All weblinks included in the paper should have active URLs and be accessible.
11. Authors and coauthors that have a paper under evaluation should not submit a new one for consideration until an editorial decision is made.

#### **Stages of Evaluation**

1. Papers will be evaluated according to their compliance to the Journal's submission norms. If there are any mistakes in the submission process the authors and co-authors will be notified and their submission archived, and they may resubmit the paper at their own discretion;
2. Papers approved during stage one will then be evaluated by the Editorial Committee regarding their alignment to the Journal's scope. At this stage, the Editorial Committee may counsel with the Advisory Board. Articles may be filed if there is any dissonance and authors will be notified.
3. Articles that are approved in the afore mentioned stages will then be sent to *ad hoc* third-party reviewers, keeping the authors

anonymous. After this evaluation the article may still be refused, sent back for modification or accepted for publishing. In any case the authors will be notified.

## Authors manuscript submission

### Authors paper submission

Authors should submit manuscripts with the following specifications:

#### 1) Letter to the Editor

All authors listed on the manuscript must have agreed to be authors and approved the submitted paper to the journal Psychology: Science and Profession through a cover letter signed by all authors authorizing its publication. The letter should be referred to Scielo platform, in .pdf format as a "Supplementary Document". It also should include:

- a) Type of text as described in the "Guide for authors";
- b) Declare that the text previously submitted to or published by any other scientific journal or publication;
- c) Declare that the text previously submitted to or published by any other scientific journal or publication;
- d) Declare compliance with ethical research procedures guidelines. The Editorial Committee may request documents related to the existing resolution (CONEP Resolution n. 466 from 2012 and/or CONEP Resolution n. 510 from 2016. Data from the decision from the ethics committee should not be included in the body of the manuscript to avoid identifying authors.
- e) Authorize the beginning of the manuscript editorial process.
- f) Indicate the thematic area which the manuscript belongs according to the [Fields table](#).
- g) In the case of the article having more than 4 authors, this should be specified alongside each one's contribution to the conception and execution of the research and/or elaboration of the manuscript.

**Only texts submitted to the Journal P: SP via SciELO Platform will be evaluated.**

#### 2) Title page

Title Page of each paper or article should be sent via SciELO platform as a supplementary document and must include:

Title in portuguese (12 words maximum);  
 Title in english;  
 Title in spanish;  
 Summarized Title;

The full names of all authors, academic titles given; the authors' affiliations;  
 Authors' names as they should appear in citations;

An authors' address for correspondence to which the Journal can keep in touch.

Address for correspondence through which the Journal may maintain correspondence with the author.

Information regarding research funding from promotion agencies whenever suitable.

In the case of the article having more than 4 authors, this should be specified alongside each one's contribution to the conception and execution of the research and/or elaboration of the manuscript.

### 3) Online submission of the text

The original texts must be submitted via SciELO Platform upon registration of Author in the website of the Journal PSP (<http://submission.scielo.br/index.php/pcp/about/submissions#authorGuidelines>).

To ensure the blind review process, authors will be responsible for removing from the text any authorship identification.

Authors will be notified automatically about the receipt of texts and can follow the electronic publishing process, using his/her username and password. Manuscripts will have the editorial process initiated after the registration of all authors in the journal website and their respective e-mails.

There are no fees for submission and review articles.

[\[Home\]](#) [\[About the journal\]](#) [\[Editorial board\]](#) [\[Subscriptions\]](#)



All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#)

**SAF/SUL Q. 02, Bloco B, Edifício via office, térreo, sala 105**  
**70070-600 Brasília DF Brasil**  
**Tel.: 55 61 2109-0100**  
**Fax: 55 61 2109-0150**



[revista@cfp.org.br](mailto:revista@cfp.org.br)