



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
COORDENADORIA DO CURSO DE PSICOLOGIA

GABRIELLA DOMINICES PENHA

**COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NA ADOLESCÊNCIA EM UMA
PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

São Luís

2021

GABRIELLA DOMINICES PENHA

**COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NA ADOLESCÊNCIA EM UMA
PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como um dos requisitos para obtenção do grau de formação do Psicólogo.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Catarina Malcher Teixeira

São Luís

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Penha, Gabriella Dominices.
Comportamentos autolesivos na adolescência em uma
perspectiva analítico-comportamental / Gabriella Dominices
Penha. - 2021.
80 p.

Orientador(a): Catarina Malcher Teixeira.
Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2021.

1. Adolescência. 2. Análise do Comportamento. 3.
Autolesão Não Suicida. 4. Comportamentos Autolesivos. I.
Teixeira, Catarina Malcher. II. Título.

GABRIELLA DOMINICES PENHA

**COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NA ADOLESCÊNCIA EM UMA
PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como um dos requisitos para obtenção do grau de formação do Psicólogo.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Catarina Malcher Teixeira - Orientadora
Doutora em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá - 1º Examinador
Doutor em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª M^a. Juliana Benigno Moreira - 2ª Examinadora
Mestra em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo - Suplente
Doutora em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTO

Ao longo da minha caminhada pude contar com o apoio de muitas pessoas. Há algumas que me sinto no dever de nomear. Agradeço, especialmente:

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Catarina Malcher Teixeira, pela paciência e todas as contribuições valiosas ao longo desses anos sendo sua aluna, monitora, estagiária e orientanda. Parte da aluna que sou, da profissional que serei, é devido ao seus esforços em cada um desses momentos, do tanto que aprendi com você. Sou realmente muito grata por esse tempo!

À minha família, especialmente meus pais, Esdras e Célia, por apoiarem minhas decisões. Sei o quanto vocês batalharam a fim de que eu pudesse ser livre para sonhar com o meu futuro, sabendo que vocês estarão lá por mim. Por toda a ajuda e todo o amor, serei eternamente grata.

À Ivo Guimarães Pestana, a quem me faltam palavras para agradecer todo o suporte e carinho. Você foi meu ouvido e meu colo por muitas vezes. Também foi meu panfleteiro mais apelão. Obrigada, meu amor.

À Elis Pestana e Laíra Aragão, também minhas panfleteiras favoritas. Sem vocês eu não teria alcançado tantas pessoas. Amigas como vocês são presentes de Deus!

A todos os colaboradores da pesquisa, que ajudaram na divulgação dessa pesquisa. Talvez eu nunca saiba por completo o nome de todos os que ajudaram essa pesquisadora discente, mas sou grata a cada um.

Aos professores da banca, Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá e Prof^a M^a. Juliana Benigno Moreira, pela atenção e cuidado nas suas correções e sugestões.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus. A fé é uma parte inseparável de mim e essa lista não estaria completa sem acrescentar aquele a quem devo minha vida.

RESUMO

Os comportamentos autolesivos (CAL) são agressões diretas ao próprio corpo realizadas de modo intencional, não aceitas socialmente. Estudos recentes caracterizam os CAL como respostas de autolesão sem intenção suicida consciente. Esses comportamentos têm sido considerados um problema de ordem mundial. Dados indicam que uma quantidade significativa de adolescentes se encontra suscetível a se engajar em autolesão. Neste sentido, o objetivo principal deste trabalho consiste em analisar o comportamento autolesivo em adolescentes e como objetivos específicos: (a) identificar a prevalência de CAL; (b) caracterizar suas formas mais frequentes; (c) identificar suas funções e sua relação com a intenção suicida. Participaram do estudo 168 adolescentes com idade entre 10 e 14 anos. Para a coleta dos dados foi utilizada a Escala de Comportamento de Autolesão - ECA (Functional Assessment of Self-Mutilation). Os dados apontaram uma prevalência de 20.23 de CAL na amostra, sendo as três formas mais frequentes: (1) morder a si mesmo (85.3%), (2) cutucar ferimentos (38.23%) e (3) bater em si mesmo (23.53%). Quanto às funções destas respostas, identificou-se como mais frequentes “para aliviar sensações de ‘vazio’ ou indiferença” e “para se castigar”, seguidas de “para parar sentimentos/ sensações ruins”, todas estas pertencentes à categoria de reforço automático (47.64%). Por fim, 22.58% dos adolescentes que praticam autolesão apresentaram intenção suicida. Os achados vão ao encontro da literatura no que se refere a existência do fenômeno comportamental na adolescência, a predominância do sexo feminino e a função de regulação emocional como principal justificativa do comportamento. O estudo amplia dados sobre a temática e abre lacunas para novas investigações.

Palavras-chave: Comportamentos Autolesivos. Autolesão Não Suicida. Adolescência. Análise do Comportamento.

ABSTRACT

Deliberate self-harm consists of direct aggressions to the own body performed intentionally, not socially accepted. Recent studies characterize these behaviors as self-injury responses absent of conscious suicidal intent. This phenomenon has been considered a worldwide problem. Data indicates that a significant number of adolescents are susceptible to engaging in self-injury. Regarding this, the main goal of this study is to analyze deliberate self-harm in adolescents, and as specific goals: (a) identify the prevalence of deliberate self-harm; (b) characterize its most frequent forms; (c) identify its functions and its relationship with suicidal intent. This study included 168 adolescents aged between 10 and 14 years. The instrument Escala de Comportamento de Autolesão - ECA (Functional Assessment of Self-Mutilation) was used for data collection. Data indicated a prevalence of 20.23% in the sample and the three most frequent forms were: (1) bit yourself (85.3%), (2) picked at a wound (38.23%) and (3) hit yourself on purpose (23.53%). Regarding the functions of this behavior, the most frequent identified were: “to relieve feeling ‘numb’ or ‘empty’” and “to punish yourself”, followed by “to stop bad feelings”, all of these belonging to the category of automatic reinforcement (47.64%). Finally, 77.42% of the adolescents who engaged in deliberate self-injury did not present suicidal intent. These findings meet the literature regarding the existence of this behavioral phenomenon in adolescence, the predominance of females and the function of emotional regulation as the main justification of the behavior. The study expands data on the subject and opens gaps for further investigations.

Key words: Deliberate self-harm. Non-suicidal self-injury. Adolescence. Behavior Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.....	38
Tabela 2 - Ocorrência de CAL ao longo da história de vida do adolescente.....	45
Tabela 3 - Prevalência de CAL na amostra.....	45
Tabela 4 - Dados sociodemográficos do Grupo A de CAL.....	46
Tabela 5 - Caracterização das formas mais frequentes.....	47
Tabela 6 - Razões para CAL utilizando as categorias de análise de Nock e Prinstein (2004).....	48
Tabela 7 - Razões para CAL não citadas pelo instrumento.....	50
Tabela 8 - Presença de intenção suicida.....	50
Tabela 9 - Formas de CAL e intenção suicida - (2004).....	51
Tabela 10 - Razões para CAL em meninos e meninas utilizando a categoria de Nock e Prinstein.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Comportamento autolesivo: caracterização, prevalência e intervenções	14
2.2 A Visão Analítico-Comportamental do Comportamento Autolesivo	20
2.3 Investigações nacionais e internacionais acerca do comportamento autolesivo	31
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo Geral	36
3.2 Objetivos específicos.....	36
4 MÉTODO.....	37
4.2 Considerações Éticas	37
4.3 Amostra	38
4.4 Instrumentos	39
4.5 Procedimento.....	41
4.5.1 Coleta de dados virtual	41
4.5.2 Análise de dados.....	43
5 RESULTADOS.....	45
6 DISCUSSÃO	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

Os comportamentos autolesivos (CAL) são comportamentos danosos autodirecionados e intencionais. Isso implica em dizer que o autor desses comportamentos visa realizá-los a fim de causar ferimentos e danos ao seu próprio corpo, de forma consciente. Segundo o DSM-5 e pesquisadores da temática (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013), esses comportamentos se tornaram objeto de estudo de um maior número de pesquisadores e clínicos somente nas duas últimas décadas.

Pela sua contemporaneidade, os CAL apresentam uma grande variedade de nomes e definições na literatura mundial (Fonseca et al., 2018; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Moreira et al., 2020). Por meio da revisão de literatura de Guerreiro e Sampaio (2013), é notado que duas nomenclaturas se destacam: *Deliberate self-harm* (Autolesão Deliberada) e *Non suicidal self-injury* (Autolesão Não Suicida). A diferença entre elas diz respeito a intencionalidade dos autolesivos: o primeiro não faz diferenciação quanto à ideação suicida, sendo reconhecida a dificuldade de medir esse aspecto do comportamento. Já a segunda, faz referência a ausência da intenção de morrer.

Estudiosos dos CAL não negam que o fenômeno é um problema mundial e prevalente, tanto em nível nacional como internacional (APA, 2014; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Chaves, 2018; Moreira et al., 2020). Adolescentes, em especial, parecem estar suscetíveis a se engajar em autolesão durante sua vida (Muehlenkamp, 2012), e essa fase do desenvolvimento é comumente citada como fase em que o comportamento tem início, podendo persistir por anos, se tornando um problema crônico de saúde (APA, 2014; Giusti, 2013; Muehlenkamp, 2012; Nock, 2010). Os dados são preocupantes, já que, globalmente, o suicídio é a 2ª causa de morte na adolescência – e a 1ª entre meninas de 15 a 19 anos – e dados obtidos em amostras comunitárias indicam que 10% dos adolescentes apresentaram CAL ao menos

uma vez ao longo da vida, sua presença podendo ser identificada em até 40% dos suicídios consumados (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Uma série de estudos tem sido desenvolvidos sobre os CAL e procura-se criar um consenso entre pesquisadores acerca de nomenclaturas e critérios diagnósticos a fim de facilitar pesquisas futuras, sendo a inclusão da “Autolesão Não Suicida” na categoria de Condições para Estudos Posteriores no DSM-5 um passo dado nessa direção (APA, 2014). Apesar disso, discrepâncias teóricas são presentes tanto na nomeação e descrição dos CAL quanto na compreensão de quais ações compõe essa categoria, o que dificulta comparações entre estudos e uma maior compreensão desse fenômeno, dificultando, conseqüentemente, a elaboração de programas de intervenção (Fonseca et al., 2018; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013). Dados diferentes são identificados em diversas pesquisas, que apesar de apontarem a prevalência dessa classe de comportamentos entre adolescentes, assim como seu aumento nos últimos anos, variam em números a depender da população utilizada nos estudos e país em que a investigação foi realizada (Giusti, 2013).

Para elaboração da fundamentação teórica da presente investigação, os CAL serão compreendidos em uma perspectiva analítico-comportamental, no que se refere a sua instalação e manutenção. A Análise do Comportamento (AC) compreende que é na relação entre ambiente e sujeito que todos nós aprendemos a nos comportar e adquirimos nossas habilidades e conhecimentos (Moreira & Medeiros, 2007). Os comportamentos a serem emitidos serão mantidos ou extinguidos a depender das conseqüências que irão receber, e por meio da análise funcional do comportamento é possível compreender sob que circunstâncias um comportamento é emitido e quais conseqüências o fortalece ou enfraquece (Catania, 1999; Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1982; Skinner, 2003). A partir desses conhecimentos, é possível prever e controlar comportamentos, assim como modificá-los, que é um dos objetivos principais dos processos psicoterápicos com base analítico-comportamental como a Terapia

Analítico-Comportamental - TAC, principalmente se tratando de um comportamento problema como o CAL, uma vez que trazem prejuízos para a saúde física e psicológica do indivíduo.

Nesse estudo será utilizada a nomenclatura Comportamentos Autolesivos - CAL, por ser o termo mais utilizado por autores que serão referenciados no recorte Analítico-Comportamental (Guerreiro & Sampaio, 2013; Richartz, 2013; Ceppi & Benvenuti, 2010).

A primeira seção teórica deste estudo conta com um tópico que descreve os CAL, sua caracterização, prevalência e intervenções. Na sequência um tópico focado na AC e sua visão sobre os CAL. E, finalmente, um tópico sobre investigações nacionais e internacionais acerca dos CAL. A seguir, é apresentada uma proposta metodológica onde esses comportamentos foram estudados em adolescentes na faixa etária entre 10 e 14 anos. Por fim, são apresentados os resultados e discussão. O foco principal consiste em analisar os CAL em adolescentes. Preocupa-se em responder o seguinte problema de pesquisa: Qual a prevalência de Comportamentos Autolesivos em adolescentes e qual a caracterização mais frequente assim como a função desse comportamento para os indivíduos que os emitem?

Espera-se que, a partir deste estudo, obtenha-se mais dados sobre os CAL no Brasil, contribuindo para melhor compreender o fenômeno comportamental em adolescentes brasileiros, assim como sua frequência, caracterização, variáveis de controle e relação com o comportamento suicida. Visa-se também contribuir com dados que auxiliem a elaboração de estratégias de intervenção e tratamento, tanto na população clínica como não clínica, visando a promoção de saúde mental em adolescentes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Comportamento autolesivo: caracterização, prevalência e intervenções

Achados da literatura (Fonseca et al., 2018; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Moreira et al., 2020) têm apontado para uma grande variedade de nomenclaturas e definições do que seria o Comportamento Autolesivo – CAL. A revisão de literatura de Guerreiro e Sampaio (2013) destaca duas nomenclaturas: Deliberate self-harm e Non suicidal self-injury¹. Na primeira, não há diferenciação quanto à intenção de suicídio, sendo reconhecida a dificuldade de medir esse aspecto do comportamento, e são incluídos todos os métodos de autolesão (como sobredosagem). Na segunda, há referência aos comportamentos somente com ausência da intenção de morrer, sendo incluídos cortes e associados (queimaduras, arranhões).

Tantas nomenclaturas e definições podem ser atribuídas ao fato desse fenômeno comportamental só ter sido objeto de estudo mais recentemente – nas duas últimas décadas (APA, 2014; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013). Por outro lado, esses autores não negam que o CAL, com ou sem intenção de suicídio, é um problema global e prevalente, tanto em nível nacional como internacional.

Segundo Guerreiro e Sampaio (2013), quatro aspectos básicos devem ser considerados na análise do CAL, são eles: (a) método: diz respeito à forma como o indivíduo vai produzir a autolesão, o processo; (b) letalidade: se refere ao potencial mortal presente nos métodos utilizados, que pode ser alta ou baixa, e pode ser avaliada objetivamente - por um profissional da saúde – ou subjetivamente - avaliação própria do sujeito; (c) resultado: podendo ser a morte (acidental ou proposital), a sobrevivência com traumatismos/lesões ou sobrevivência sem traumatismos/lesões e (d) intencionalidade: que pode ser para o suicídio ou não, geralmente

¹ Autolesão Deliberada e Autolesão Não Suicida.

avaliada por meio do autorrelato, onde os autores observam que deverá se observar as vieses, imprecisões - pela memória - e a ambivalência de sentimentos e pensamentos quanto a morrer.

A noção de intencionalidade do comportamento é a parte que causa mais desacordos entre os investigadores. Dentro dessa avaliação estariam as percepções singulares de cada indivíduo sobre o que é ou não lesivo para si mesmo. A exemplo sobre a discordância estariam comportamentos como fumar, ingerir álcool e se alimentar de produtos com alto teor de gordura, que comumente são realizados sem foco no prejuízo que causam à saúde, já que não são imediatos, além de que, dentre as pessoas que emitem CAL, até 50% avaliam de forma incorreta a letalidade das suas ações (Guerreiro & Sampaio, 2013).

De acordo com Ceppi e Benvenuti (2011), os CAL são um conjunto de comportamentos que geram prejuízo ao corpo do sujeito que os realiza e podem comparecer de maneira crônica, com altos riscos para aquele que se engaja em sua prática. Sua manifestação pode ser em um padrão repetitivo ou rítmico, variando em intensidade, gravidade e ruptura com o ambiente social. Já Richartz (2013) afirma que os CAL se definem por ações que, realizadas pelo próprio sujeito, geram “alterações inestéticas na pele”, como lesões e cicatrizes, podendo ser classificados como *skin picking* - escoriar a pele, a exemplo da escoriação da acne, roer e mastigar as unhas ou cutículas (a onicofagia) e arrancar seus cabelos (a tricotilomania).

Na visão dermatológica, os CAL vão ser entendidos como doenças dermatológicas relacionadas a transtornos mentais, sendo divididas em quatro grupos: (1) condições dermatológicas que produzem consequências psiquiátricas - como o albinismo, a alopecia aerata, e o vitiligo; (2) doenças dermatológicas - como a acne, a dermatite atópica, eczema, psoríase e urticária, que são influenciadas por fatores psicológicos; (3) Consequências dermatológicas de transtornos psiquiátricos – como o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno depressivo, o transtorno factício e a tricotilomania e (4) condições dermatológicas ou lesões resultantes do uso de medicação psiquiátrica (Richartz, 2013).

Na visão psiquiátrica, os CAL vão se encaixar dentro dos diagnósticos de distúrbios mentais encontrados no DSM-5 e no Código Internacional de Doenças 10 (CID-10). Os seguintes transtornos foram relacionados aos CAL: (a) Transtorno Obsessivo-compulsivo – comportamentos excessivos levando a autolesão; (b) Tricotilomania – arrancar os próprios cabelos; (c) Transtorno do Controle de Impulso sem outra especificação – *skin picking* e outros; (d) Transtorno Dismórfico Corporal – escoriações e outros; (e) Comportamentos repetitivos; e (f) Dependência (Richartz, 2013).

Iwata et al. (1994) observaram nove variações dos CAL, onde cada sujeito se engajava em ao menos duas delas tanto antes quanto durante as admissões da pesquisa, sendo a mais comum bater a cabeça em objetos. Os comportamentos listados foram: (1) puxar e cortar as orelhas - fechamento de dedos, unhas ou mão sobre a orelha com um movimento de puxar ou escavar; (2) ferir os olhos - qualquer contato de alguma parte da mão com a área ocular; (3) dar tapa no rosto - contato forte da mão aberta com a face; (4) puxar os cabelos - fechamento dos dedos e polegar sobre o cabelo com um movimento de puxar para longe da cabeça; (5) abocanhar a mão - inserção de um ou mais dedos dentro da boca; (6) bater a cabeça - contato forte da cabeça com um objeto imóvel; (7) bater na cabeça - contato forte da mão com qualquer parte da cabeça; (8) estrangular o pescoço - fechamento forte de ambas as mãos em torno do pescoço; e (9) [se morder](#) - fechamento da mandíbula em qualquer parte do corpo.

No DSM-5 (APA, 2014), os CAL aparecem sob o nome de Autolesão Não Suicida - ANS, dentro do capítulo denominado “Condições para Estudos Posteriores”, com propósito de oferecer uma linguagem comum para pesquisadores interessados e encorajar pesquisas futuras. As informações sobre essas condições são elaboradas a partir do consenso de um conjunto de profissionais pesquisadores do assunto, não podendo ser destinadas para fins clínicos até sua possível inclusão nas próximas edições do DSM. Os critérios sugeridos para um diagnóstico de

ANS incluem que a expectativa sobre a autolesão seja “de ordem menor ou moderada” (APA, 2014, p. 803), já que se prevê ausência de intenção suicida.

Sobre como se identificaria essa ausência de intencionalidade, o DSM-5 (APA, 2014) sugere que, além da declaração pelo próprio indivíduo sobre as expectativas da autolesão, essa intencionalidade pode ser inferida pela presença da repetição dos comportamentos que dificilmente resultarão em morte. Já a respeito das expectativas do indivíduo que se engaja no CAL estariam: obter alívio de sentimentos e/ou pensamentos negativos, resolver dificuldades interpessoais e induzir-se a um estado mais positivo. Essas consequências reforçadoras seriam experimentadas durante ou por um breve período após a autolesão, sendo possível assim gerar uma relação de dependência com o ato.

Segundo Giusti (2013), os CAL são qualquer comportamento que intencionalmente envolva agressão direta ao próprio corpo sem que o indivíduo busque conscientemente o suicídio, definição que se assemelha a do DSM-5 (APA, 2014). Além disso, trata-se de comportamentos não aceitos socialmente, nem para exibição e nem para a cultura. Entre as formas mais frequentes de respostas são citados os cortes, arranhões, queimaduras e bater em si mesmo. Por fim, esse autor afirma que é possível encontrar características ritualísticas na execução do ato, envolvendo um planejamento prévio, o que lembra sintomas compulsivos. Há, entretanto, um traço intenso de impulsividade.

Somando-se a essa discussão, Guerreiro e Sampaio (2013), propõem uma alternativa de avaliação da intencionalidade dos CAL, observando a rapidez do método escolhido e a sua reversibilidade. É avaliado também a chance de que um terceiro venha ao socorro da pessoa no ato, ou seja, de que haja uma “intervenção salvadora”.

Após essa explanação sobre nomenclaturas e definições, pode-se dizer que as divergências se focam em especificar uma intenção de suicídio ou não. Visto isso, duas nomenclaturas serão utilizadas na presente investigação: “Autolesão Não Suicida” - ANS,

tradução livre do termo *Non suicidal self-injury*, que se refere ao CAL onde a intenção de suicídio é ausente e tem sido sugerida pelo DSM-5 (APA, 2014; Guerreiro & Sampaio, 2013) e Comportamentos Autolesivos - CAL, por ser um dos termos mais utilizados por outros autores que serão referenciados no recorte Analítico-Comportamental (Ceppi & Benvenuti, 2010; Guerreiro & Sampaio, 2013; Richartz, 2013).

Segundo DSM-5 (APA, 2014), Giusti (2013) e Muehlenkamp et al. (2012), os CAL parecem ter início mais frequentemente na adolescência, podendo ser mantido por muitos anos. Ainda segundo o DSM-5 (APA, 2014), é dentre os 20 a 29 anos que os indivíduos que emitem esses comportamentos atingem o pico de internações hospitalares. É comum que os indivíduos aprendam a emitir o comportamento a partir de recomendações ou observação de outros, com pesquisas (APA, 2014; Giusti, 2013) demonstrando que a presença de pessoas que emitem CAL em unidades de internação pode causar com que outros se envolvam nesse tipo de comportamento.

Sobre prevalência, o DSM-5 (2014) aponta que as taxas de prevalência nos sexos feminino e masculino possuem maior proximidade ao se tratar de autolesão, comparando-se com o comportamento suicida (onde há intenção de suicídio). Fonseca et al. (2018) afirmam que estudos internacionais apontam diferentes taxas de prevalência do comportamento autolesivo em adolescentes, sendo essas diferenças explicadas pela falta de consenso nas definições de comportamentos de autolesão e métodos de avaliação, que dificultam análises comparativas.

Giusti (2013) aponta que, até o início da década de 2010, os estudos já feitos apresentam controvérsias à definição da automutilação, levando a divergências sobre sua prevalência, e pouco é conhecido sobre sua evolução e consequências longitudinalmente, já que a maioria desses estudos utilizou uma população de adolescentes e adultos jovens. Alguns estudos apontam que a ANS tem início geralmente na adolescência (APA, 2014), geralmente entre os

13 e 14 anos, persistindo por 10 a 15 anos ou até décadas, sendo superada quando algum mecanismo de enfrentamento mais eficiente surge para substituí-lo. Esses outros mecanismos podem vir por meio de intervenções médicas e psicológicas ou naturalmente, pelo desenvolvimento neurocognitivo do indivíduo (Giusti, 2013).

A persistência de CAL pode ter relação com alguma comorbidade (Giusti, 2013). Sua prevalência varia a depender do tipo população investigada nos estudos e país. Não foram encontrados na literatura estudos que falem de dados estatísticos de grande abrangência sobre autolesivos em adolescentes no Brasil, mas foram encontrados alguns estudos em diversas regiões, estados e municípios do país.

Teixeira e Luis (1997) identificaram que, além de representarem a parcela maior do número de atendimentos, entre 42% e 49% dos adolescentes do setor de urgências psiquiátricas em um hospital-escola de Ribeirão Preto (SP) apresentaram queixas de autolesões ou quadro de suicídio – números muito elevados, com o sexo feminino prevalecendo em todos os dados. Fonseca et al. (2018) utilizaram uma amostra de 517 alunos da rede estadual de Minas Gerais, onde 9.48% dos participantes relataram se engajar em CAL cinco ou mais vezes no último ano – critério sugerido pelo DSM-5 para ANS.

Guerreiro e Sampaio (2013), em sua revisão sobre CAL em adolescentes brasileiros e portugueses, mostraram que o CAL tem forte relação com o suicídio, sendo identificados em até 40% dos suicídios consumados, que já é a 2ª causa de morte na adolescência – a 1ª entre meninas de 15 a 19 anos. Dados obtidos em sua revisão indicam que 10% dos adolescentes apresentaram CAL ao menos uma vez ao longo da vida, com maior consistência entre o sexo feminino.

A prevenção e tratamento dos CAL é uma temática ainda carente até mesmo em nível internacional (Guerreiro & Sampaio, 2013). Intervenções comprovadas para os CAL são dificilmente encontradas, mas pode-se pensar na prevenção pela promoção de habilidades que

permitam que o indivíduo não recorra à autolesão (Fonseca et al., 2018). Nock e Prinstein (2004) nos dizem que estudos de intervenções em CAL serão um importante foco no futuro, principalmente voltadas a função dos autolesivos. Sugestões de intervenções com base na analítico-comportamental serão retratadas no segundo tópico dessa seção.

Na presente investigação, os CAL serão compreendidos em uma perspectiva analítico-comportamental, no que se refere a sua instalação e manutenção. Nesse sentido, o tópico teórico que se segue apresentará para o leitor alguns conceitos chave dessa abordagem psicológica, articulando-os com a compreensão deste fenômeno comportamental.

2.2 A Visão Analítico-Comportamental do Comportamento Autolesivo

A Análise do Comportamento (AC) é uma área de investigação conceitual, empírica e aplicada do comportamento, uma abordagem psicológica guiada pela filosofia do Behaviorismo Radical e que tem como principal teórico B. F. Skinner. Sua forma de compreender o ser humano vem a partir da observação e análise da sua interação com o ambiente. Entendendo ambiente como tudo aquilo que rodeia e se relaciona com o indivíduo (organismo) - estímulos materiais, o comportamento de outras pessoas, a história de vida e interações consigo mesmo (Borges & Cassas, 2012; Catania, 1999; Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 2003). Já por comportamento, a compreensão é que este é a relação entre organismo e ambiente. Em uma das premissas básicas, todo comportamento produz consequências, e essas podem retroagir sobre o indivíduo, aumentando ou diminuindo a probabilidade de que ele ocorra novamente.

Os comportamentos podem ser compreendidos como sendo de dois tipos: reflexos (respondentes) e operantes. Chama-se condicionamento o processo de aprendizagem que ocorre na interação do organismo com o ambiente (Borges & Cassas, 2012; Skinner, 2003) e que ensina essas respostas. Para analisar melhor os aspectos comportamentais nas interações entre o organismo e o seu ambiente, compreende-se na AC que existem estímulos, respostas (aos

estímulos) e o reflexo. O estímulo vai ser o responsável por causar uma mudança no ambiente. A resposta é uma alteração no organismo. O reflexo é a relação entre o estímulo e a resposta, a interação organismo-ambiente.

No comportamento reflexo um estímulo (S) vai produzir uma resposta (R) específica no organismo, uma relação representada pelo paradigma S-R. A resposta é eliciada pelo estímulo, o estímulo elicia a resposta. O verbo eliciar serve para melhor representar como o estímulo “força” a resposta. Ao analisar relações respondentes é preciso observar características como limiar, magnitude da resposta e intensidade do estímulo, duração da resposta e latência entre a apresentação do estímulo e a ocorrência da resposta. Os comportamentos respondentes que não são relacionados à experiência de vida do organismo são chamados de incondicionais, tendo origem na história filogenética, a história da espécie. Todos os organismos são dotados de reflexos inatos. Exemplos clássicos dos respondentes incondicionais são R - salivar eliciada pelo S - alimento na boca e R - suar eliciada pelo S – calor (Borges & Cassas, 2012; Moreira & Medeiros, 2007).

O condicionamento dessas respostas é denominado de condicionamento reflexo ou Pavloviano. Isso porque o fisiólogo Ivan Petrovich Pavlov descobriu, por meio de um experimento, que R – salivar poderia ser eliciada por outros estímulos a partir de uma história de contingência e sistematicidade entre dois estímulos – aquele que já está estabelecido, S – alimento na boca, e outro que poderá ser condicionado ao ser apresentado juntamente, a exemplo, um som específico. Em um de seus experimentos mais famosos, Pavlov conseguiu que sons eliciassem a resposta de salivação em um cachorro após associações sucessivas. Esse processo se chama condicionamento respondente, por meio do qual comportamentos reflexos podem acontecer em situações antes inéditas (Borges & Cassas, 2012; Catania, 1999; Skinner, 2003).

O comportamento reflexo diz respeito a uma pequena parcela do repertório comportamental humano. É fundamental compreender as relações de condicionamento destas respostas, principalmente para intervenções clínicas, onde comportamentos como ansiedade e pânico podem estar relacionados com respondentes. Por outro lado, ainda assim, é o comportamento operante que vai ser o maior objeto de estudo da Psicologia (Borges & Cassas, 2012).

É na relação entre ambiente e sujeito que todos nós aprendemos a nos comportar, que adquirimos nossas habilidades e conhecimentos, até mesmo o que denominamos de personalidade (Moreira & Medeiros, 2007). Embora não seja tema deste estudo, interessados em entender o conceito de personalidade na Análise do Comportamento podem consultar as obras de B. F. Skinner - *Ciência e comportamento humano* (1953/2003), Baldwin e Balwin - *Princípios do comportamento na vida diária* (1986/1998), R. W. Lundin – *Personalidade* (1977) e Schmaltz (2005). Essa parcela maior do comportamento humano pode ser explicada e compreendida como comportamento operante - CO, que é o comportamento que causa modificações no ambiente (consequências) e é modificado por elas ao mesmo tempo. De acordo com as consequências, um comportamento emitido poderá aumentar ou diminuir de frequência. O CO é aprendido por meio do condicionamento operante (Moreira & Medeiros, 2007). Quando um organismo emite um comportamento (resposta) e a consequência é favorável (reforçadora), há maior probabilidade dessa resposta ser fortalecida, ou seja, de ocorrer em situações futuras. Por outro lado, se uma resposta recebe consequências punitivas ou de extinção a probabilidade é que deixe de ser emitida e, pouco a pouco, ser enfraquecida no repertório do indivíduo.

O processo de condicionamento operante acontece a todo momento, tão naturalmente que pode ser difícil de percebê-lo, mas o comportamento humano é frequentemente controlado pelas suas consequências. As consequências que fortalecem uma classe de respostas são chamadas de reforço. Quando essas consequências acontecem, a relação ambiente-organismo

são chamadas de contingência de reforço (Borges & Cassas, 2012; Catania, 1999; Moreira & Medeiros, 2007). Contingências de reforço podem ser exemplificadas pela condição, utilizando o “se...” seguido do “então...” para expressar causalidade. “Se” comportamento A é emitido, “então” a consequência B ocorre, a exemplo: se eu me autolesionar, então meus pais me darão mais atenção; se eu me cortar, então a dor me impedirá de continuar pensando situações indesejadas. Nesses exemplos, a atenção do pai e o interromper do fluxo de pensamentos aumentam as chances dos comportamentos de “se autolesionar” e “se cortar” acontecerem novamente, agindo como um reforçador.

Reforçadores são divididos em dois grupos: naturais – primários - e arbitrários - condicionados. Os reforçadores naturais são resultados diretos do comportamento, já esperados. Os reforços arbitrários são resultados indiretos, acrescidos por algo externo. Um CAL pode ter como reforço natural o hematoma causado ou a sensação momentânea de dor, que retira a atenção de pensamentos indesejados, mas também pode ter reforços arbitrários, como a atenção e preocupação de outros ou aceitação por parte de um grupo que aprove esse comportamento. (Catania, 1999; Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 2003).

O reforço, além de aumentar a frequência de um comportamento, também diminuirá a frequência de outros diferentes do que foi reforçado. A variabilidade nas formas do comportamento também diminui, já que cada ação buscará mais semelhança àquela que foi inicialmente reforçada. Da mesma forma que se estabelecem, comportamentos podem ser extintos, o que pode se dar por meio da retirada do reforço. Esse processo se chama extinção operante. Por meio da suspensão dos reforçadores, o comportamento gradualmente diminuirá até deixar de ocorrer por completo (Borges & Cassas, 2012; Catania, 1999; Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 2003).

No início do processo de extinção, quando o reforço deixar de ser dado, pode acontecer um aumento na frequência do comportamento, como uma insistência final antes da desistência.

Isso acontece porque a extinção operante é bem mais lenta que o condicionamento operante. Uma outra consequência pode ser a variabilidade nas formas de resposta, buscando o reforço inicial, e o surgimento de respostas emocionais como irritação, ansiedade, frustração e outros (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 2003). No caso de autolesões realizadas no intuito de fugir de atividades indesejadas, caso o reforço seja interrompido – ou seja, sejam mantidas as atividades antes removidas – é possível que o sujeito aumente a gravidade das lesões, a fim de que o reforço retorne.

Eventos são os acontecimentos que podem ser estímulos antecedentes, respostas e consequências. Os comportamento podem ser analisados como sendo privados ou públicos. Eventos privados se distinguem porque acontecem no “mundo privado” do organismo, sendo observados apenas pelo próprio sujeito, enquanto eventos públicos podem ser observados por mais de uma pessoa ao mesmo tempo. Dentre os eventos privados estão os sentimentos e pensamentos, comportamentos tão importantes quanto os públicos, mas que não podem ser considerados como função ou explicação causal de um comportamento ao ser analisado pela visão comportamental (Borges & Cassas, 2012; Moreira & Medeiros, 2007).

As variáveis externas são tão úteis e fortes quanto as variáveis privadas na manipulação e controle de um comportamento. Entretanto, assim como os eventos externos, é necessário compreender a forma como seus efeitos afetam o organismo, para então prever e controlar o comportamento. Skinner (2003) traz em sua teoria que são nos eventos externos que uma análise funcional deve, de maneira exclusiva, se delimitar:

A menos que o psicólogo possa manipular os eventos relatados durante a emoção como manipula as propriedades de uma mancha de luz, deve recorrer a acompanhamentos públicos imperfeitos (p. 38).

É importante lembrar que o termo controle na AC não é usado de forma pejorativa como se costuma fazer no dia a dia, se referindo somente a coerção, mas sim de controlar como dispor

das circunstâncias cruciais e satisfatórias para que o comportamento possa ocorrer (Borges & Cassas, 2012; Moreira & Medeiros, 2007). A análise funcional é uma formulação sobre um ou mais comportamentos, a partir das variáveis externas que lhe dão função. Seu objetivo é de tentar “prever e controlar o comportamento de um organismo individual”, e ainda segundo Skinner (2003):

Esta é a nossa “variável dependente” - o efeito para o qual procuramos a causa. Nossas “variáveis independentes” - as causas do comportamento - são as condições externas das quais o comportamento é função. Relações entre as duas - as “relações de causa e efeito” no comportamento - são as leis de uma ciência. Uma síntese destas leis expressa em termos quantitativos desenha um esboço inteligente do organismo como um sistema que se comporta (p. 38).

Skinner (2003) diz ainda que “Quando descobrimos uma variável independente que possa ser controlada, encontramos um meio de controlar o comportamento que for função dela” (p. 250). Uma análise funcional nunca será “perfeita” ou completa, nem mesmo suas hipóteses assertivas desde o início, já que dificilmente se acessa todas as informações necessárias para compreender por completo a função de um comportamento. Conjecturas plausíveis poderão ser alcançadas a partir do estudo e observação de um comportamento e as variáveis dependentes que lhe cercam, a começar com relações mais simples e ampliando para mostrar as interações entre variáveis de uma microanálise para uma macroanálise, sendo a análise funcional um instrumento importantíssimo para a compreensão do comportamento humano (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 2003).

A partir da AC e seu estudo da relação do indivíduo com o seu ambiente, é possível compreender sob que circunstâncias um comportamento é emitido e quais consequências o mantém. De posse desse conhecimento, é possível prever e controlar comportamentos, assim como modificá-los. Promover a mudança de um comportamento problema ou indesejado pode

ser um dos objetivos da AC em contexto psicoterápico (Catania, 1999; Moreira & Medeiros, 2007; Skinner 1982 e 2003).

É por meio do conhecimento sobre o comportamento humano que a AC pode e já tem procurado compreender melhor os comportamentos autolesivos (CAL), assim como propor intervenções eficazes para seu tratamento. Apesar de receber uma atenção maior dos pesquisadores apenas nas últimas duas décadas, Ceppi e Benvenuti (2010) afirmam que analistas do comportamento têm se empenhado em identificar as variáveis envolvidas na seleção e manutenção dos autolesivos. O estudo de Iwata et al. (1994) apresenta uma compreensão dos CAL como comportamento influenciado pelas variáveis ambientais externas e deve ser analisado pelo instrumento básico dos analistas do comportamento – a Análise Funcional.

Com o objetivo de ampliar o debate e promover a interlocução entre Análise do Comportamento e outras áreas do saber com fins de um trabalho interdisciplinar, considerou-se relevante apresentar as contribuições de Richartz (2013). O presente autor traz as definições de CAL na perspectiva médica, mais especificamente da Dermatologia e da Psiquiatria. Ambas as visões são focadas na morfologia, nas respostas observadas quando o autolesivo é realizado.

Na visão dermatológica, os CAL vão ser entendidos como doenças dermatológicas relacionadas a transtornos mentais, sendo divididas em quatro grupos: (1) condições dermatológicas que produzem consequências psiquiátricas - como o albinismo, a alopecia aerata, e o vitiligo; (2) doenças dermatológicas - como a acne, a dermatite atópica, eczema, psoríase e urticária, que são influenciadas por fatores psicológicos; (3) Consequências dermatológicas de transtornos psiquiátricos – como o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno depressivo, o transtorno factício e a tricotilomania e (4) condições dermatológicas ou lesões resultantes do uso de medicação psiquiátrica.

Na visão psiquiátrica, os CAL vão se encaixar dentro dos diagnósticos de distúrbios mentais encontrados no DSM-5 e no Código Internacional de Doenças 10 (CID-10). Os seguintes transtornos foram relacionados aos CAL: (a) Transtorno Obsessivo-compulsivo – comportamentos excessivos levando a autolesão; (b) Tricotilomania – arrancar os próprios cabelos; (c) Transtorno do Controle de Impulso sem outra especificação – *skin picking* e outros; (d) Transtorno Dismórfico Corporal – escoriações e outros; (e) Comportamentos repetitivos; e (f) Dependência.

Essas definições de autolesão trazem a descrição da aparência dos CAL, mais especificamente como e quando ocorre, sua intensidade, sem grande enfoque naquilo que evocou o comportamento em primeiro lugar (Richartz, 2013). Descobrir a função de um comportamento, nesse caso o autolesivo, é de extrema importância para uma intervenção eficiente na visão analítico-comportamental. As definições topográficas do comportamento, no entanto, são relevantes ao especificar os CAL em sua problemática, mais facilmente poderemos intervir assim que ele for emitido.

Ceppi e Benvenuti (2010) apontam a existência de três tipos de reforçadores que podem ser responsáveis pelo surgimento e manutenção dos CAL: reforçamento social positivo – atenção; reforçamento social negativo - remoção de atividades não-reforçadoras; e reforçamento automático - estimulação sensorial. Iwata et al. (1994) obtiveram níveis de repostas bastante variados nos participantes de sua pesquisa, por meio de exposição a diferentes condições variadas vezes afim determinar as contingências envolvidas na manutenção CAL. Seus dados, mais claramente explicados por Richartz (2013) em percentuais, mostram que 23.3% dos indivíduos mantinham os CAL por meio de reforçamento social positivo, 38.1% por reforçamento social negativo, 25.7% por reforçamento automático e 5.3% por dois tipos de consequência diferentes.

Em seu estudo, Nock e Prinstein (2004) articulam e apresentam evidências que corroboram com um modelo funcional dos CAL, composto por quatro fatores: Reforço automático negativo – remoção de estados emocionais e pensamentos indesejados, alívio de tensão; Reforço automático positivo – produção de estado desejável, para sentir algo; Reforço social positivo – obtenção de atenção externa; e Reforço social negativo – remoção de atividades indesejadas. O reforço social é compreendido como fator importante de influência na ocorrência dos CAL, antes pouco pesquisado por falta de evidências, e raramente sendo responsável pelo início dos autolesivos, mas surgindo como reforço após a percepção externa do comportamento seguida de consequências desejáveis, já que comumente adolescentes que emitem CAL são mais isolados socialmente.

A análise dos dados apresentados por Fonseca et al. (2018), que faz uso o modelo funcional de Nock e Prinstein (2004) onde os itens da Escala de Comportamento de Autolesão - ECA são divididos em 4 categorias baseadas em suas funções, sugere que alguns dos principais motivos para a autolesão é a remoção ou alívio de estados emocionais negativos, que é categorizado como reforço automático negativo. O objetivo de “aliviar sensações de vazio ou indiferença” compareceu em quase 50% dos participantes que emitem CAL, e “cessar sentimentos ou sensações ruins” em, aproximadamente, 47%, em casos de autolesão tanto leves quanto graves. A hipótese defendida pelos autores é que uma regulação emocional falha, apontada por dificuldades em regular as emoções e vulnerabilidades intrapessoais e sociais, costuma preceder os CAL, o que explicaria a diminuição dos CAL na fase adulta, onde se costuma ver um aumento dessas habilidades.

Giusti (2013) aponta que, anteriormente aos CAL, uma ou mais sensações como raiva, grande tensão, ansiedade, depressão, perda de controle e depressão são comuns, assim como sensações de culpa, vazio, abandono e rejeição são relatadas. Após a autolesão, são descritas sensações positivas de bem-estar e alívio momentâneo, o que se alinha com a compreensão de

uma função de reforço negativo automático que é observado em Nock e Prinstein (2004). O comportamento, no entanto, parece trazer mais prejuízos que benefícios a médio e longo prazo, já que são relatadas também sensações de culpa, vergonha e tristeza pela prática, onde bem-estar persiste apenas por algumas horas ou talvez dias, sumindo quando os as situações precipitantes voltarem a ocorrer.

Em estudo com população clínica, Giusti (2013) encontrou que as razões mais frequentes apontadas para o CAL são: “parar sensações ruins” (75%), “aliviar sensação de vazio” (70%) e “autopunição” – alívio de culpa - (70%), sendo os menos frequentes aqueles que buscam manipular o comportamento de outros. Mais de um motivo foi referido pelos pacientes para a autolesão. O DSM-5 (APA, 2014), ao falar sobre o desenvolvimento dos CAL, inclui que “os indivíduos frequentemente tomam conhecimento do comportamento por recomendação ou observação de outra pessoa” (p. 804), processo conhecido como modelação na AC.

Fazendo um paralelo com essa discussão, Hayes et al. (1999) falam sobre o suicídio como um produto de contingências ontogenéticas e culturais – ou seja, que respostas verbais e motoras de suicídio são controladas por grupos sociais, no sentido de serem instaladas por regras ou modelação e mantidas por reforçamento social positivo – de forma análoga, o mesmo pode ser pensado para a autolesão. Contingências verbais com relações de “se, então” poderiam estar presentes, como “se você fizer como nós [se machucar], então você será um de nós”. Essa é uma regra que descreve consequências reforçadoras caso emita comportamentos semelhantes ao do grupo.

Outro exemplo de relação “se, então” pode ser “se eu me ferir [ao ponto de gerar sinais externos de autolesão, como hematomas e cicatrizes], então os outros irão perceber como me machucaram”. Falas presentes em grupos que realizem a prática e compartilham disso como algo em comum também ficam sob controle da aceitação social, assim como o suicídio está sob

controle verbal, já que nenhuma consequência irá atuar sob aquele que realiza esse ato (Hayes, Strosahl & Wilsson, 1999). Falas de autolesão também podem analisadas desta forma. Neste sentido, falas que produzam a atenção (espanto ou reprovação) de pares ou pessoas significativas devido aos comportamentos autolesivos podem ser o suficiente para manter as respostas verbais de autolesão.

Sobre programas de tratamento, há uma escassez de intervenções comprovadas para os CAL (Nock, 2010; Fonseca et al., 2018). Guerreiro e Sampaio (2013) indicam que mesmo em nível internacional há uma carência de programas de prevenção e tratamento. A intervenção preventiva dos CAL se dá na redução dos problemas que estão relacionados a ocorrência da autolesão, tendo nas propostas de intervenção o foco na promoção de habilidades outras que contribuam para o “enfrentamento positivo e o gerenciamento funcional das emoções” (Fonseca et al., 2018, p. 255). O estudo de intervenções com base na função dos CAL e seus resultados são uma área de importante estudo futuro (Nock & Prinstein, 2004).

Intervenções comportamentais podem ser planejadas e postas em prática a partir da identificação das contingências que controlam os CAL (Richartz, 2013). Diversos autores mostram que as intervenções mais eficazes vão depender do tipo dos CAL e suas funções; já que essas causas se mostram múltiplas, são possíveis várias abordagens para esse mesmo problema (Ceppi & Benvenuti, 2010; Fonseca et al., 2018; Iwata et al., 1994; Nock & Prinstein, 2004). Nock e Prinstein (2004), indicam que para CAL mantidos por reforço automático devem ter por alternativa mais eficaz a sua substituição por comportamentos funcionalmente equivalentes; no caso de CAL mantido por reforço social, a alternativa sugerida seria a de focar no aprendizado de habilidades de comunicação interpessoais melhor adaptativas.

Ceppi e Benvenuti (2010) apresentam revisões acerca de três opções de tratamento para cada função dos autolesivos. Em CAL mantidos por “reforço social positivo”, temos o reforçamento não contingente (NCR), o reforçamento diferencial de comportamentos

alternativos (DRA) ou reforçamento diferencial de outros comportamentos (DRO), que consistem na apresentação do reforçador dos CAL em situações outras que não na presença dos CAL, para que a relação CAL-Reforçador seja enfraquecida. A extinção se apresenta como opção mais efetiva no diminuir da frequência de um comportamento, mas apresenta o problema do aumento abrupto na frequência do comportamento antes de ser extinto, apresentando riscos à integridade física do indivíduo.

Para CAL mantidos por “reforço social negativo”, apresentam-se o oferecer de fuga de tarefas de modo não contingente (NCR), isoladamente ou junto a procedimentos de DRO ou DRA, revisão curricular - modificar parâmetros da tarefa exigida - e esvanecimento da demanda – inserção gradativa da tarefa. Para CAL mantidos por “reforço automático”, duas formas são apresentadas: intervenções mecânicas e funcionais. As mecânicas se utilizam de equipamentos de proteção e uso da restrição de movimentação. As funcionais, de NCR, enriquecimento ambiental - disponibilizar variados itens reforçadores para o indivíduo usar livremente, redução de estimulação sensorial – uso de anestésicos dermatológicos - e estimulação competitiva – promover estímulos sensoriais outros, parecidos com os automáticos, removendo a necessidade de emitir os CAL (Ceppi & Benvenuti, 2010). Destaca-se de suma importância investigações que forneçam dados baseados em evidência acerca das modificações comportamentais provenientes destas intervenções, assim como pesquisas de base e experimentais acerca dos CAL. Com fins de compreender o que se tem produzido até a atualidade o próximo tópico apresentará investigações nacionais e internacionais acerca do comportamento autolesivo.

2.3 Investigações nacionais e internacionais acerca do comportamento autolesivo

Em revisão de literatura acerca de estudos da área, Iwata et al. (1994) buscaram, por meio de uma metodologia operante, acessar relações funcionais entre os CAL e eventos ambientais específicos. A partir de nove participantes, observados durante breves e repetidas

exposições às seguintes situações: (1) brinquedos (presente x ausente), (2) demandas do experimentador (altas x baixas), e (3) atenção social (ausente x não-contingente x contingente), os pesquisadores puderam identificar possíveis variáveis que modificam os CAL e entender que este é controlado por muitas variantes simultaneamente, o que indicaria que nenhuma forma única de tratamento poderia esperar resultados positivos constantes porque cada intervenção irá depender daquilo que mantém o comportamento. Foram elencados nove tipos de CAL e se observou que cada sujeito manifestava ao menos dois deles. Os resultados indicaram que a ocorrência das autolesões variou tanto entre os participantes quanto entre cada um nas situações deferentes ao qual foram expostos, também se mostrando não ser um processo aleatório. Na maioria dos participantes, níveis maiores de CAL foram associados, de maneira constante, a situações estimulantes específicas, sendo prova empírica direta que os CAL podem ser em função de diferentes reforçadores.

Teixeira e Luis (1997) buscaram medir o número de casos de suicídio, autolesões acidentais e CAL em adolescentes e jovens adultos, na faixa etária de 10 aos 24 anos, que deram entrada no setor de urgências psiquiátricas do hospital-escola de Ribeirão Preto em São Paulo durante os anos de 1988 a 1991. Foram utilizados listagens e disquetes fornecidos pelo hospital. Os dados revelaram que adolescentes representam a parcela maior de ocorrências, com números variando de 40% a 51% do número total de atendimentos. Dentre eles, entre 42% e 49% apresentaram queixas de autolesões ou quadro de suicídio, número que indica frequência muito alta, que foi aumentando com o passar do tempo. O sexo feminino prevaleceu em todos os dados.

Ceppi e Benvenuti (2010) revisaram 25 artigos com foco nas relações funcionais entre CAL e mudanças no ambiente, buscando determinar quais dessas influenciam na manutenção dos autolesivos. Entre as mais relevantes, as mudanças que têm impacto nos CAL citadas foram: apresentação de atenção, evitação (ou fuga) de demandas, ou não depender de qualquer fonte

externa de estimulação. Segundo os autores, os resultados mostram que os princípios comportamentais básicos que envolvem a manutenção dos autolesivos são (1) reforçamento positivo, (2) reforçamento negativo ou (3) reforçamento automático. A conclusão dos estudos indicou que é possível identificar eventos que ocasionam e que mantêm os CAL, em pacientes portadores ou não de atrasos no desenvolvimento. Se confirma que a análise funcional desse comportamento é necessária para identificar tratamentos para sua redução e que essas intervenções podem ser incluídas em programas de saúde. Em nota final, se lembra que é importante identificar se as consequências mantenedoras reconhecidas em avaliação, no setting clínico, comparecem também em ambientes naturais.

Guerreiro e Sampaio (2013) objetivaram em seu estudo criar uma “base de conhecimento” a ser utilizada por diferentes profissionais da saúde para melhor investigação e manejo dos CAL como problema de saúde pública, por meio de uma compreensão maior do que os investigadores têm descoberto. Os pesquisadores apresentaram dados sobre os CAL em adolescentes brasileiros e portugueses. Apontaram que o suicídio parece estar interligado com a autolesão, sendo difícil abordar os temas separadamente e, apesar de estarem em grau menor, os CAL não podem ser negligenciados, sendo identificados em até 40% dos suicídios consumados. Dessa forma, os CAL, mesmo na ausência de intenção suicida, são considerados um fator de risco dos mais preditivos para futuras tentativas de suicídio. Concluem que os dados são preocupantes já que, globalmente, o suicídio é 2ª causa de morte na adolescência – e a 1ª entre meninas de 15 a 19 anos – e dados obtidos em amostras comunitárias indicam que 10% dos adolescentes apresentaram CAL ao menos uma vez ao longo da vida, de novo com maior incidência no sexo feminino.

Santos (2017) buscou investigar condutas autolesivas em adolescentes do estado de Sergipe, a relação entre essas condutas e *bullying*, assim como o perfil sociodemográfico entre aqueles que realizam tais condutas. Participaram do estudo 513 adolescentes com faixa etária

de 15 a 19 anos, cursando o ensino médio, e para identificar condutas autolesivas foi utilizado o Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A). Para análise quanto às motivações para as condutas autolesivas houve agrupamento dos itens de acordo com o modelo de quatro funções de Nock e Prinstein (2004). Os resultados identificaram que 35.9% dos participantes já cometeram autolesão. Entre os participantes que cometeram autodano, 15.6% assinalaram o reforço social negativo como função (escape de demandas sociais indesejadas) e 15.2% como reforço automático negativo (redução de estados afetivos negativos). 11.5% se lesionavam como forma de reforço automático positivo e 3.1% como reforço social positivo. 24.4% da amostra apresentou ideação suicida elevada e adolescentes com ideação suicida apresentaram aproximadamente sete vezes mais chances de cometer autolesão em comparação aos que não apresentaram ideação. Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, apresentou-se um equilíbrio dentre as variáveis.

Fonseca et al. (2018), procuraram analisar a frequência e características dos CAL entre adolescentes em um estudo exploratório e quantitativo. A amostra foi composta de 517 alunos da rede estadual de Minas Gerais, de idade entre 10 e 14 anos, e foram usadas a Escala de Comportamento de Autolesão (ECA) e os critérios dados pelo DSM-5 para consideração da frequência dos CAL. Cerca de 9.48% (49) dos participantes informaram ter recorrido ao CAL cinco ou mais vezes no último ano, encaixando na caracterização sugerida pelo DSM-5 para ANS. A autolesão foi dividida em leve, moderada e grave, tendo números proporcionais em cada grupo, considerando também que 4.10% apresentavam os três tipos de gravidade ao mesmo tempo. Quanto aos principais resultados, o sexo feminino aparece com maior frequência de emissão de CAL- 69.39% - e a ausência de intenção suicida também constitui maioria entre os adolescentes – 61.22% -, que relataram não estarem, em grande maioria, sob efeito de droga – 97.96%. Também são maioria – 69.39% - os que relatam sentir dor ao realizar os CAL. As razões dadas para a autolesão são, na maioria e independentemente do grau: aliviar sensações

de vazio ou indiferença e parar sentimentos ou sensações ruins, como obtendo função de reforço automático negativo, já que remove ou alivia os estados emocionais indesejados. Os autores concluem que para além do alerta quanto ao número de adolescentes que emitem CAL, deve-se atentar para a predominância do sexo feminino e as funções apresentadas de regulação emocional ao explicar os CAL.

Moreira et al. (2020) buscaram realizar uma revisão integrativa acerca da literatura produzida sobre automutilação entre adolescentes na comunidade científica entre o período de janeiro de 2012 e junho de 2017. As bases de dados utilizadas para foram Portal CAPES e SCIELO, obtendo amostra final de 71 artigos em inglês e espanhol. O estudo identificou grande número de publicações internacionais, sendo que nenhuma delas localizada na América Latina. O termo *Non-suicidal self-injury* (NSSI) foi utilizado na maior parte dos estudos encontrados (53) e dentre as escalas e medidas padronizadas e validadas, a Avaliação Funcional da Automutilação (FASM) foi o mais utilizado (14). A prevalência de automutilação em adolescentes variou de 10.1% a 75.9%, sendo essa grande variação relacionada ao aspectos culturais, geográficos, tipo de amostra e falta de consenso na nomenclatura e conceito. Alguns dos estudos apresentaram diferenças nos métodos e locais de autolesão relacionadas ao gênero.

Quanto as funções de reforço automático positivo (gerar sentimentos) e reforço automático negativo (regular emoções negativas) foram as mais adotadas para a automutilação pelos adolescentes. A maior parte dos estudos caracterizou a automutilação predominantemente como função Automática Negativa e a descaracterizou como um comportamento manipulador.

O presente trabalho soma-se aos anteriores no sentido de procurar verificar a prevalência de CAL em adolescentes maranhenses, assim como caracterizar essas respostas e comparar variáveis. A interpretação desses dados seguirá a perspectiva analítico-comportamental, como já mencionado anteriormente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o comportamento autolesivo em adolescentes.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de comportamentos autolesivos;
- Caracterizar as formas mais frequentes do comportamento autolesivo;
- Identificar as funções do comportamento autolesivo;
- Identificar a relação entre comportamento autolesivo e intenção suicida.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

O estudo é de delineamento quantitativo e qualitativo. Quantitativo, uma vez que foram atribuídos valores numéricos às respostas analisadas, como as de frequência de autorrelato de comportamentos, e qualitativo, em função de ter sido feitas análises de relação e comparação destas frequências (Cozby, 2003).

4.2 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP-UFMA), em conforme as normas das Resoluções nº 466/12 e nº 510/2010 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), correspondente à ética na pesquisa em ciências humanas e sociais, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo 4.754.088.

Foram apresentados aos participantes o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (anexo A) e aos seus respectivos responsáveis legais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo B), garantindo o sigilo, privacidade e anonimato dos dados que foram coletados, bem como o direito em desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou penalidade. Ressaltou-se, ainda, o cuidado ético de não ferir a dignidade do público-alvo, respeitando os princípios de justiça e equidade, beneficência e não maleficência.

Os possíveis benefícios para os participantes da pesquisa incluíam a colaboração em um trabalho que procura preencher lacunas presentes nos estudos dos comportamentos autolesivos, contribuindo para sua melhor caracterização e compreensão do seu modo de funcionamento, buscando também auxiliar a elaboração de estratégias para a prevenção, intervenção e tratamento de pessoas que sofrem com as consequências da emissão de comportamentos

autolesivos. Não houve benefícios diretos e imediatos. Já possíveis riscos para os participantes incluíam o despertar sentimentos negativos e algum grau de constrangimento ou desconforto durante a aplicação dos instrumentos.

Caso sentisse desconforto ou algo assim ocorresse, era assegurada a assistência ao adolescente após a coleta, garantindo o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências e a tudo o que se queira saber antes e depois da participação dele(a) por meio do contato com a pesquisadora discente responsável. As formas de contato de e-mail e telefone celular da pesquisadora discente foram disponibilizadas para ambos os responsáveis e adolescentes nos Termos já citados. A pesquisadora estava disponível a tirar quaisquer dúvidas e indicar locais para atendimento gratuito de serviços de Psicologia.

4.3 Amostra

Participaram do estudo 168 adolescentes de ambos os sexos, das redes pública e privada de ensino do Maranhão. Os critérios de inclusão para participarem da coleta foram: adolescentes entre 10 e 14 anos – semelhante aos utilizados no estudo de Fonseca et al. (2018) - em concordância com o TALE, sendo anteriormente autorizados a participar por meio do aceite do TCLE por um de seus responsáveis. Os critérios de exclusão foram: deficiência visual e cognitiva que impedisse o adolescente de compreender e responder o instrumento, sendo esse controle feito pelos responsáveis legais a autorizar a participação do adolescente na pesquisa. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1
Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Idade	14	8.3

	11	12	7.1
	12	31	18.5
	13	71	42.3
	14	40	23.8
Sexo	Feminino	101	60.1
	Masculino	67	39.9
Cidade	São Luís	137	81.5
	Outros municípios	31	18.5
Ano Escolar	Ensino Fundamental – EF		
	EF – 1º ano	1	0.6
	EF - 2º ano	1	0.6
	EF - 3º ano	1	0.6
	EF - 4º ano	3	1.8
	EF - 5º ano	12	7.1
	EF - 6º ano	18	1.7
	EF - 7º ano	29	17.3
	EF - 8º ano	69	41.1
	EF - 9º ano	27	16.1
	Ensino Médio - EM		
EM – 1º ano	6	3.6	
EM – 2º ano	1	0.6	
Escola - Rede	Privada	111	66.1
	Pública	57	33.9
Atualmente em acompanhamento com psicólogo(a) e/ou psiquiatra	Não	152	90.5
	Sim, com psicólogo(a)	14	8.3
	Sim, com psicólogo(a) e psiquiatra.	2	1.2

4.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: o Protocolo de Caracterização Individual – PCI e a Escala de Comportamento de Autolesão – ECA (anexo C), originalmente criada por Lloyd-

Richardson, Kelley e Hope (1997) com o nome de Functional Assessment of Self-Mutilative Behaviors – FASM, e sendo adaptada e traduzida por Scivoletto e Giusti para o Brasil (Giusti, 2013).

- **Protocolo de Caracterização Individual – PCI:** Criado para esta pesquisa, contém perguntas sobre dados sociodemográficos dos participantes: idade, gênero, cidade e estado onde reside, ano escolar e se frequenta escola da rede pública ou privada. Por fim, era averiguado se o adolescente estava ou não em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.
- **Escala de Comportamento de Autolesão – ECA:** A ECA foi criada para acessar diferentes aspectos sobre os Comportamentos Autolesivos (CAL) por meio do autorrelato. Esse instrumento identifica, mais especificamente, a ocorrência de 11 formas de autolesão durante o último ano, incluindo: cortar ou fazer vários pequenos cortes na pele, bater em si mesmo propositalmente, arrancar seus cabelos, fazer uma tatuagem em si mesmo, cutucar um ferimento, queimar a própria pele, inserir objetos embaixo da unha ou sob a pele, morder a si mesmo, beliscar ou cutucar áreas do próprio corpo até sangrar, fazer vários arranhões na própria pele propositalmente e esfolar a própria pele propositalmente. Caso a resposta do participante seja de que realizou um ou mais de um dos CAL listados, a ECA investiga também a frequência, necessidade de tratamento médico após autolesão, presença de intenção suicida, tempo gasto entre pensar e se mutilar, se houve influência de drogas, intensidade da dor no ato, idade do início desses comportamentos e as razões que o motivaram. Essas razões ou funções das autolesões são identificadas a partir de uma lista com 23 possíveis razões para a autolesão, que os participantes avaliam com base na frequência que estas estiveram presentes no momento de realização dos CAL. A escala de avaliação possui 4 níveis, indo de 0 a 3: 0 - Nunca, 1 - Raramente, 2 - Às vezes e 3 - Frequentemente.

A escala demonstra propriedades psicométricas aceitáveis dentre amostras com adolescentes e consistência interna aceitável, com coeficiente $\alpha=0.65-0.66$ para autolesão leve e moderada/grave (Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L., 2007). Apesar deste instrumento considerar como critério para presença de comportamentos autolesivos ao menos uma ocorrência de autolesão no último ano, neste estudo, de modo similar ao estudo de Fonseca et al. (2018), o critério a ser levado em consideração será aquele adotado pelo DSM-5 (APA, 2014), onde os comportamentos precisam ter ocorrido pelo menos 5 vezes no decorrer do último ano para serem caracterizados como Autolesão Não Suicida.

4.5 Procedimento

4.5.1 Coleta de dados virtual

A coleta de dados ocorreu no período de 27 de julho a 11 de agosto de 2021. Inicialmente, a pesquisadora iniciou a divulgação da pesquisa por meio de compartilhamento virtual via WhatsApp, utilizando-se de recursos como imagem estilo panfleto e mensagem de texto possíveis de encaminhar facilmente. Houve a presença de mediadores, incluindo adolescentes, terapeutas e professores para que os participantes fossem alcançados. Também foi feita a divulgação por meio de redes sociais como Instagram e Facebook e em forma de panfletagem entregues em frente a um prédio denominado Multicenter Sebrae, localizado no bairro Alto do Calhau, nos dias em que este foi ponto de vacinação para pessoas de idade de 13 e 12 anos.

A pesquisadora também entrou em contato com instituições como escolas, grupos de estudos e trabalho em Psicologia e clínicas psicológicas privadas e públicas que trabalham com público condizente com a amostra alvo deste estudo. O primeiro contato se deu por meio de ligações e envio de e-mails ou mensagens, contendo uma carta elaborada pela pesquisadora (anexo D), onde foram explicados aspectos da pesquisa como objetivos e método. Infelizmente

não foi possível coletar dados em nenhuma instituição, uma vez que em função da pandemia do COVID/19 os órgão ou setores responsáveis não responderam às solicitações das pesquisadoras.

Pelos meios do WhatsApp e Instagram, ao receber a mensagem de divulgação da pesquisa, os participantes eram direcionados automaticamente para a página de Autorização para participação na pesquisa, onde adolescentes e outros que não aqueles responsáveis por alguém do público-alvo eram orientados a inicialmente buscar este responsável para que a participação na pesquisa fosse efetivada. Após uma breve explicação do que era requerido, encaminhava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e sinalização de aceite. Após o aceite, o link do formulário a ser preenchido pelo adolescente (a própria pesquisa) era disponibilizado. Era requisitado, entretanto, uma forma de contato – e-mail ou telefone – para reenvio do link com a ECA afim de obter maior segurança de que o link seria recebido e preenchido. O acesso ao link da pesquisa somente era possível posteriormente ao aceite do TCLE por um responsável.

A coleta propriamente dita foi realizada por meio de formulário Google. Ao abrir o link (<https://forms.gle/yDDP1t9pEz9ndhx47>), o adolescente era direcionado para o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (anexo B), podendo selecionar ao final da página duas opções nas caixas de seleção: sim ou não. Os que não concordaram com os termos, selecionando “não desejo participar”, foram redirecionados para uma página de agradecimento. Os que concordaram, selecionando “sim, concordo em participar” foram redirecionados para responder o Protocolo de Caracterização Individual – PCI.

Preenchido o PCI, o adolescente seguia com o preenchimento da ECA. Inicialmente, esse instrumento identifica a ocorrência de 11 formas de autolesão durante o último ano, com perguntas sobre a frequência da prática e se foi necessário tratamento médico, incluindo a possibilidade que o participante informasse outras formas não-citadas no instrumento e as

avaliasse. Em seguida, foram feitas perguntas sobre ocorrências de CAL anteriores ao último ano e, caso o participante respondesse “não” para todas as perguntas, era direcionado ao próximo questionário, sobre as funções do CAL. Caso respondesse “sim” para ao menos uma das perguntas, seguiam-se perguntas sobre intenção suicida nos CAL, quantidade de tempo gasto pensando em realizar os CAL antes de realmente executá-los, presença de efeito de drogas ou álcool enquanto executava os CAL, presença e intensidade da dor no ato e idade de início dos CAL. Finalizado o preenchimento dos formulários, o participante era direcionado a uma página agradecendo sua participação na pesquisa.

4.5.2 Análise de dados

Os dados foram tabulados por meio do programa Microsoft Excel. Inicialmente, os participantes foram separados em 2 grupos, chamados A e B. O Grupo A foi composto por adolescentes com a prática de autolesão; o Grupo B, por participantes sem a prática de autolesão. Os dados do Grupo B foram utilizados somente para a primeira análise do presente estudo, na identificação da prevalência dos CAL na amostra por meio da comparação do número de participantes presentes no Grupo A e B, calculando sua frequência absoluta (N) e relativa (%) na emissão de CAL.

As análises seguintes abarcaram o Grupo A. De início fez-se a caracterização das formas mais frequentes do CAL, obtidas por meio das respostas da primeira parte do ECA, onde são informadas a ocorrência de 11 tipos diferentes de CAL durante o último ano. Foram analisados os números de respostas assinalando presença e ausência dos comportamentos para cada um dos itens, identificando quais deles apareceram com maior frequência. Uma tabela com descrevendo os resultados de ordem da maior para a menor frequência entre os CAL foi construída.

De forma semelhante, foram identificadas as funções do comportamento autolesivo na amostra, utilizando as respostas obtidas na segunda parte do instrumento, onde foram avaliadas 22 razões para os CAL. Também foram identificadas quais das razões receberam maior número de avaliações elevadas – “frequentemente”, e quais razões, dentro da amostra, foram mais presentes. Estes dados também foram analisados utilizando-se o modelo de quatro funções, apresentado por Nock e Prinstein (2004), que incluem as seguintes categorias: reforço automático negativo, reforço automático positivo, reforço social positivo e reforço social negativo, onde os itens do ECA já são separados em grupos a partir das categorias estabelecidas.

Para identificar a frequência de intenção suicida foram utilizadas as respostas obtidas na 14ª pergunta do instrumento, que averigua se o adolescente tinha intenção de dar fim à própria vida durante a realização de algum dos CAL. Foi calculada a frequência absoluta (N) e relativa (%) dentro do Grupo A. Os dados obtidos foram dispostos em tabelas. Finalmente, foram comparados os dados entre os gêneros masculino e feminino, a frequência em cada um deles, as formas e funções.

5 RESULTADOS

Após a divisão dos participantes em dois grupos – Grupo A e Grupo B, identificou-se a prevalência dos CAL na amostra. A Tabela 2 apresenta frequência absoluta (N) e relativa (%) da emissão de CAL na amostra. É indicado o número de participantes que relataram se engajar em alguma forma de CAL cinco ou mais vezes no último ano, de forma semelhante ao critério referente a frequência considerada pelo DSM-5 (2014) para Autolesão Não Suicida. Participantes que relataram intenção suicida não foram excluídos.

Tabela 2
Prevalência de CAL na amostra

Variáveis	N	%
Grupo A - Presença de CAL	34	20.23
Grupo B - Ausência de CAL	134	79.76

Uma das perguntas do ECA permitiu que se tivesse acesso ao dado de prevalência dos CAL ao longo da história de vida do adolescente. Se tratou de uma questão objetiva com duas opções de resposta. Resultados indicaram que 39.3% da amostra emitiu CAL pelo menos uma vez na vida.

Tabela 3
Ocorrência de CAL ao longo da história de vida do adolescente

Pergunta: Caso não tenha acontecido no ano passado, você já fez algum desses comportamentos [autolesivos] alguma vez na vida?

Resposta	N	%
Sim, já.	66	39.3
Não, nunca.	102	60.7

A Tabela 4 apresenta dados sociodemográficos dos adolescentes que autodeclararam emitirem CAL. Identifica-se que estes adolescentes se concentram nas faixas etárias entre 13 e 14 anos, as mais avançadas da amostra. O sexo feminino apresenta maior frequência o comportamento de autolesão se comparado com o masculino. Destaca-se que meninas compuseram maior parte da amostra total. A amostra é, em grande maioria, composta por residentes da cidade de São Luís, capital maranhense. A maior parte da amostra está concentrada no 8º ano do Ensino Fundamental e pertencem a rede de escolas privadas. Quanto a acompanhamento com psicólogo(a) e/ou psiquiatra, em sua maioria, os adolescentes que realizam os CAL não se encontram em acompanhamento.

Quanto a idade do início dos comportamentos, dois participantes indicaram que com 6 anos de idade já realizavam autolesão, sendo as menores idades relatadas. O restante da amostra se distribuiu entre as idades de 6 a 14 anos, com a maioria dos adolescentes indicando 13 anos para o início do comportamento (sete participantes).

Tabela 4
Dados sociodemográficos do Grupo A

	Variáveis	N	%
Idade	10	3	8.82
	11	2	5.88
	12	4	11.76
	13	13	38.23
	14	12	35.3
Sexo	Feminino	25	73.52
	Masculino	9	26.47
Cidade	São Luís	31	91.17
	Variadas	3	8.82

Ano escolar	Ensino Fundamental (EF)		
	EF - 5º ano	2	5.88
	EF - 6º ano	4	11.76
	EF - 7º ano	5	14.70
	EF - 8º ano	12	35.3
	EF - 9º ano	8	23.53
	Ensino Médio (EM)		
	EM – 1º ano	3	8.82
Escola	Privada	21	61.76
	Pública	13	38.23
Atualmente em acompanhamento com psicólogo(a) e/ou psiquiatra	Não	27	79.41
	Sim, com psicólogo(a)	6	17.64
	Sim, com psicólogo(a) e psiquiatra.	1	2.94

Na Tabela 5, a principal forma de autolesão apresentada na amostra foi morder a si mesmo, do tipo leve, seguida de cutucar ferimentos. Bater em si mesmo e cortar a própria pele aparecem em seguida como os mais comuns. Queimar a própria pele e fazer tatuagens em si mesmo foram os menos frequentes entre os adolescentes.

Tabela 5
Caracterização das formas mais frequentes de CAL

Tipo de Autolesão	N	%
Autolesão moderada/grave		
Cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele	7	20.58
Fez vários arranhões em sua pele propositalmente	6	17.64
Esfolou sua pele propositalmente (arranhou)	6	17.64
Fez uma tatuagem em você mesmo	2	5.88
Queimou sua pele	2	5.88
Autolesão leve		

Mordeu você mesmo (p. ex., sua boca ou lábio)	29	85.3
Bateu em você mesmo propositalmente	8	23.53
Beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar	5	14.70
Arrancou seus cabelos	5	14.70
Inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele	3	8.82
Sem Categoria		
Cutucou um ferimento	13	38.23
Outros (Incluídos por participantes)	2	5.88

Entre as razões para os CAL, aquelas relacionadas ao reforço automático negativo foram as que mais se sobressaíram, com ambos os itens frequentes em 50% ou mais da amostra. Reforço automático positivo apareceu em segundo lugar, mas ainda com porcentagens elevadas para as razões “se castigar” e “sentir-se relaxado”. Destaca-se na análise da Tabela 5 a razão “Para controlar uma situação”, pertencente ao reforço social negativo.

As razões “aliviar sensações de “vazio” ou indiferença”, “parar sentimentos/ sensações ruins” e “se castigar” foram aquelas com notas mais altas em relação a frequência dentre aqueles que sinalizaram concordar com estas. “Para fazer algo quando está com outros” foi a razão menos frequente entre as pontuadas.

Tabela 6

Razões para CAL utilizando as categorias de análise de Nock e Prinstein (2004)

Razão para a Autolesão	Nº de notas de frequentemente	N	%
Fator 1 - Reforço Automático Negativo			
Para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença	11	18	52.94
Para parar sentimentos/ sensações ruins	9	17	50.00

Fator 2 - Reforço Automático Positivo			
Para se castigar	8	18	52.94
Para sentir-se relaxado	4	16	47.06
Para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor	2	12	35.29
Fator 3 - Reforço Social Positivo			
Para evitar ser punido ou assumir as consequências	3	7	20.59
Para não ir à escola, trabalho ou outras atividades	3	6	17.65
Para evitar estar com outras pessoas	1	6	17.65
Para evitar ter que fazer algo “chato”, que você não queria fazer	1	5	14.71
Fator 4 - Reforço Social Negativo			
Para controlar uma situação	3	15	44.12
Para chamar a atenção	-	6	17.65
Para mostrar aos outros o quão desesperado você estava	2	6	17.65
Para fazer algo quando está sozinho	1	6	17.65
Para pedir ajuda	1	6	17.65
Para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa	-	5	14.71
Para receber mais atenção dos pais ou amigos	-	4	11.76
Para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse	-	3	8.82
Para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você	-	3	8.82
Para se sentir fazendo parte de um grupo	-	2	5.88
Para deixar os outros com raiva	-	1	2.94
Para se parecer alguém que você respeita	-	-	-
Sem Fator - Item excluído			
Para fazer algo quando está com outros	-	1	2.94

Na pergunta seguinte, “Você já se agrediu por alguma razão que não foi citada acima? Se sim, escreva abaixo”, oito (8) participantes incluíram razões. 50% das respostas se referiam a emoção de “raiva”. As outras respostas se referiram ao sentimento de estresse, para aliviar uma

situação, sentimentos de solidão e inadequação, desejo de suicídio e morte de alguém da família.

Tabela 7

Razões para CAL não citadas pelo instrumento

Participante	Pergunta: Você já se agrediu por alguma razão que não foi citada acima? Se sim, escreva abaixo:
P2	Aliviar uma situação
P10	Estresse
P11	Por me sentir muito sozinha e sem amigos, e sentir que não me encaixava, e quando queria me matar
P18	Raiva
P19	Por sentir raiva/ódio.
P22	Quando estava com muita raiva
P26	Causa da morte da minha avó
P 31	Raiva
Outros participantes	Não

A pergunta “Quando fez alguns daqueles comportamentos, você estava tentando se matar?”, que verifica intenção suicida, não foi respondida por três dos participantes. Dessa forma, todos os cálculos de porcentagem foram feitos a partir de um número reduzido de participantes do Grupo A que a responderam. Uma parte significativa da amostra relatou a presença de intenção suicida.

Tabela 8

Presença de intenção suicida

Intenção suicida	N	%
Sim	7	22.58%

Não	24	77.42%
-----	----	--------

Para verificar a intenção suicida na amostra, a Tabela 9 compõe todas as autolesões relatadas, mesmo aquelas abaixo da frequência usada nos critérios sugeridos (mais que cinco vezes) para encaixe na categoria de Autolesão não suicida do DSM-5 (APA, 2014), que requer o mínimo de cinco ocorrências no último ano. Entre as formas de autolesão e intenção suicida, é possível observar que aqueles com intenção suicida aparecem com maior frequência em todos os tipos de autolesão. Com maior destaque para a alta prevalência desse grupo se comparando as autolesões do tipo moderada/grave.

Tabela 9
Formas de CAL e intenção suicida

Intenção suicida	Sim (N = 7)		Não (N = 24)	
	N	%	N	%
Autolesão moderada/grave				
Cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele	6	85.71	6	25.00
Fez vários arranhões em sua pele propositalmente	6	85.71	6	25.00
Esfolou sua pele propositalmente (arranhou)	5	71.43	7	29.17
Fez uma tatuagem em você mesmo	-	-	2	8.33
Queimou sua pele	2	28.57	1	4.17
Autolesão leve				
Mordeu você mesmo (p. ex., sua boca ou lábio)	7	100.0	19	79.16
Bateu em você mesmo propositalmente	5	71.43	9	37.50
Beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar	5	71.43	5	20.83

Arrancou seus cabelos	4	57.14	7	29.17
Inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele	2	28.57	3	12.50
Sem Categoria				
Cutucou um ferimento	6	85.71	16	66,67

Na Tabela 10, em análise separada das respostas entre meninos e meninas, no Fator 1, Reforço Automático Positivo, meninas aparecem com mais frequência em comparação com os meninos. No Fator 2 - Reforço Automático Positivo, nota-se uma maior diferença nos itens “Para se castigar” e “Para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor”, onde as repostas das meninas foram significativamente mais alta que as dos meninos. No item “Para sentir-se relaxado”, entretanto, os meninos apareceram em maior número.

No Fator 3 – Reforço Social Positivo, item “Para evitar ser punido ou assumir as consequências” (20.59%) foi o maior pontuado, onde meninos aparecem em maior frequência (33.33%). No Fator 4 - Reforço Social Negativo, o item com maior pontuação, “Para controlar uma situação” (44.12%), ficou equilibrado entre meninos e meninas, e o item “Para deixar os outros com raiva” (2.94%) foi presente somente no grupo de meninos.

Tabela 10

Razões para CAL em meninos e meninas utilizando a categoria de Nock e Prinstein (2004)

Razão para a Autolesão	Meninas (25)		Meninos (9)	
	N	%	N	%
Fator 1 - Reforço Automático Negativo				
Para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença	14	56.0	4	44.4
Para parar sentimentos/sensações ruins	13	52.0	4	44.4
Fator 2 - Reforço Automático Positivo				
Para se castigar	15	60.0	3	33.3
Para sentir-se relaxado	11	44.0	4	44.4

Para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor	10	40.0	2	22.2
Fator 3 – Reforço Social Positivo				
Para evitar ser punido ou assumir as consequências	4	16.0	3	33.3
Para não ir à escola, trabalho ou outras atividades	5	20.0	1	11.1
Para evitar estar com outras pessoas	4	16.0	2	22.2
Para evitar ter que fazer algo “chato”, que você não queria fazer	4	16.0	1	11.1
Fator 4 - Reforço Social Negativo				
Para controlar uma situação	11	44.0	4	44.4
Para chamar a atenção	4	16.0	2	22.2
Para mostrar aos outros o quão desesperado você estava	4	16.0	2	22.2
Para fazer algo quando está sozinho	5	20.0	1	11.1
Para pedir ajuda	4	16.0	2	22.2
Para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa	3	12.0	2	22.2
Para receber mais atenção dos pais ou amigos	2	8.0	2	22.2
Para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse	2	8.0	1	11.1
Para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você	1	4.0	2	22.2
Para se sentir fazendo parte de um grupo	1	4.0	1	11.1
Para deixar os outros com raiva	-	-	1	11.1
Para se parecer alguém que você respeita	-	-	-	-
Sem Fator - Item excluído				
Para fazer algo quando está com outros	-	-	1	11.1

Os dados apresentados na presente seção permitem fazer uma discussão acerca deste fenômeno comportamental em uma parcela da realidade maranhense. Nesta direção, o próximo tópico discutirá os objetivos deste estudo à luz da perspectiva analítico-comportamental em uma articulação com as investigações da área.

6 DISCUSSÃO

O objetivo geral deste estudo foi analisar o comportamento autolesivo em adolescentes. Com base no levantamento de literatura, elaborou-se inicialmente algumas hipóteses, dentre elas: há prevalência de comportamentos autolesivos em adolescentes, com maior índice para o gênero feminino, e que não haveria uma relação entre CAL e intenção suicida. A presente seção do estudo discutirá os resultados encontrados para a presente amostra, respondendo ao problema de pesquisa e aos objetivos a que se propos.

Sabe-se que a adolescência é um período caracterizado pela vulnerabilidade e grandes mudanças, com potencial para o desequilíbrio, onde, em situações de conflito, a autolesão parece surgir como alternativa (Queirós & Saraiva, 2015). Neste sentido, os dados que apontaram a prevalência de 20.23% de adolescentes que praticam CAL vão ao encontro a prevalência (dentre 7-35%) dos CAL em jovens portugueses identificado por Guerreiro e Sampaio (2013). O número encontra-se abaixo da prevalência de 46% encontrada em Lloyd-Richardson et al. (2007). Por outro lado, quando comparado a um estudo nacional, esse dado supera em mais do dobro aquele que é observado no estudo de Fonseca et al. (2018), que apontou uma prevalência de 9.48% na mesma faixa etária residente no interior do estado de Minas Gerais. Os achados do presente estudo confirmam a hipótese da existência do fenômeno comportamental CAL na realidade maranhense.

A partir da pergunta “Caso não tenha acontecido no ano passado, você já fez algum desses comportamentos alguma vez na vida?”, avaliou-se o relato de autolesão em algum ponto no decorrer da vida dos participantes. Giusti (2013) escreve sobre casos de adolescentes que realizam autolesões e acabam interrompendo a prática mesmo sem nenhuma intervenção, mas a partir do desenvolvimento de habilidades mais eficientes para lidar com situações de conflito que ocorre naturalmente no processo de desenvolvimento cognitivo do adolescente, pode explicar esse acontecimento.

O DSM-5 (APA, 2014) aponta que os CAL se iniciam mais frequentemente na adolescência, mas podem ser mantidos por muitos anos, até décadas, chegando ao pico de internações dentre 20 e 29 anos. Corroborando a literatura na presente amostra, a faixa etária entre 13 e 14 anos apareceu com maior frequência Grupo A (38.23% e 35.3%). O presente dado impulsiona a discussão acerca da importância da identificação e intervenção de CAL nessa fase, uma vez que, segundo o DSM-5 (APA, 2014), na fase adulta é que ocorre o pico das hospitalizações em decorrência desse fenômeno. Nesta direção, a Análise do Comportamento, mais especificamente a Terapia Analítico-Comportamental Infantil – TACI, se mostra como uma alternativa para tratamento e intervenção sob os CAL para essa população. Ainda que incipientes, é possível identificar alguns trabalhos interventivos.

Iwata et al. (1994) identificaram que os CAL são controlados por muitas variantes simultaneamente, e que uma única forma de tratamento não poderia garantir constantes resultados positivos, já que cada intervenção irá depender daquilo que controla o comportamento do indivíduo; vários tratamentos poderiam ser aplicados a um mesmo indivíduo, dependendo da situação em que os CAL surgem. Nock e Prinstein (2004), ao falar de uma abordagem funcional dos CAL, abordam o tratamento de acordo com os processos que fazem surgir e mantêm os comportamentos; a partir da descoberta das funções dos CAL apresentados, as intervenções podem ser escolhidas, podendo ser mais efetivas se forem capazes de substituir os CAL por outros comportamentos funcionalmente equivalentes e saudáveis para o indivíduo e seu grupo social. Iwata et al. (1994) e Richartz (2013) reforçam a importância de identificar as contingências que controlam o CAL para que intervenções comportamentais sejam escolhidas e implementadas de maneira bem-sucedida.

Ceppi e Benvenuti (2010) apresentam opções de tratamento baseadas em três funções possíveis para os CAL. Para CAL mantidos por reforço social positivo, o reforçamento não contingente (NCR), o reforçamento diferencial de comportamentos alternativos (DRA) ou

reforçamento diferencial de outros comportamentos (DRO) seriam estratégias possíveis. Para CAL mantidos por reforço social negativo, o oferecer de fuga de tarefas de modo não contingente (NCR), isoladamente ou junto a procedimentos de DRO ou DRA, revisão curricular e esvanecimento da demanda, seriam intervenções indicadas.

Quanto aos CAL mantidos por reforço automático, Ceppi e Benvenuti (2010) apresentam duas formas de intervenção: mecânica e funcional. A mecânica se utiliza de equipamentos de proteção e uso da restrição de movimentação. A funcional, de NCR, enriquecimento ambiental, uso de anestésicos dermatológicos e estimulação competitiva. Apesar da ampla revisão feita por esses autores acerca de tratamento e intervenções sobre os CAL, é destacado a necessidade de estudos que forneçam dados baseados em evidência acerca das modificações comportamentais advindas destas intervenções, o que demonstra ainda a necessidade de mais estudos sobre essa temática.

Uma observação feita por Giusti (2013) pode levar a uma reflexão quanto ao tratamento dos CAL. Foram necessários cinco anos para que a amostra planejada (40 pacientes) para o estudo citado fosse alcançada. O autor formula que isso não ocorreu devido a uma raridade dos CAL nessa população, mas sim devido à dificuldade que esse público teria para procurar tratamento. Essa dificuldade provavelmente seria devido a sentimentos de vergonha relacionados ao comportamento, observado nos próprios pacientes avaliados, por falta de informação sobre os CAL e pela falta de credibilidade na possibilidade de tratamento. A partir dessa discussão, se confirma que a análise funcional desse comportamento é necessária para identificar tratamentos para sua redução e que essas intervenções podem ser incluídas em programas de saúde.

Uma observação feita por Giusti (2013) pode levar a uma reflexão quanto ao tratamento dos CAL. Foram necessários cinco anos para que a amostra planejada (40 pacientes) para o estudo citado fosse alcançada. O autor formula que isso não ocorreu devido a uma raridade dos

CAL nessa população, mas sim devido à dificuldade que esse público teria para procurar tratamento. Essa dificuldade provavelmente seria devido a sentimentos de vergonha relacionados ao comportamento, observado nos próprios pacientes avaliados, por falta de informação sobre os CAL e pela falta de credibilidade na possibilidade de tratamento. A partir dessa discussão, se confirma que a análise funcional desse comportamento é necessária para identificar tratamentos para sua redução e que essas intervenções podem ser incluídas em programas de saúde.

Segundo Lloyd-Richardson et al. (2007), meninas adolescentes possuem mais chances de se envolverem em comportamentos autolesivos em comparação a meninos da mesma idade. A maior prevalência em meninas também é encontrada em Teixeira e Luis (1997), Guerreiro e Sampaio (2013) e Fonseca et al. (2018). A maior prevalência do gênero feminino em comparação ao masculino, entretanto, é um dos resultados que também apresentam ampla variância em pesquisas, hora com prevalência entre meninas, hora com dados equilibrados para ambos (Briere & Gil, 1998; Giusti, 2013; Santos, 2017).

Uma das hipóteses sobre a questão de prevalência do CAL e sexo feminino diz sobre esta estar relacionada a fatores de ordem sociocultural, como pressões e exigências sobre a população feminina. Fonseca et al. (2018) formulam que o sexo feminino ser mais propenso à prática de autolesão poderia ser devido a diferença do manejo das emoções por homens e mulheres durante o seu desenvolvimento. As mulheres, desde novas, tradicionalmente tendem mais a identificar e ter consciência das suas experiências emocionais que os homens, buscando estratégias de regulação emocional, o que poderia ser encontrado nos CAL. Já Giusti (2013) formulou que a prevalência mais alta em mulheres em estudos pode ser devido ao fato de que mulheres visam procurar ajuda e tratamento com maior frequência para esse problema.

A maior porcentagem da amostra com CAL está concentrada no 8º ano do Ensino Fundamental (35.3%), o que pode estar relacionado ao número maior de adolescentes entre 13

e 14 anos, comumente matriculados nesse ano escolar. Embora não fosse objetivo deste estudo, os dados da ECA permitiram rastrear a população clínica e não clínica que emite CAL. Sobre esse assunto, era perguntado ao adolescente quanto a acompanhamento com psicólogo(a) e/ou psiquiatra. Em sua maioria, os adolescentes que realizam os CAL não se encontram em acompanhamento (79.41%). Esse dado é interessante pois a hipótese defendida por alguns pesquisadores (Nock & Prinstein, 2004; Fonseca et al., 2018) é que uma regulação emocional falha e vulnerabilidades intrapessoais e sociais costumam preceder os CAL. O exercício e fortalecimento dessas habilidades poderia ser o caminho para interromper a prática, algo que pode ser alcançado por meio da intervenção desses profissionais.

Dentre aqueles que responderam que estão em acompanhamento, 50% apresentaram intenção suicida. Esse dado pode ser relevante se levada em conta a hipótese de Lloyd-Richardson et al. (2007), sobre adolescentes engajados em autolesão moderada/grave estarem mais propensos a ter maior ideação suicida, histórico de tentativas de suicídio e psiquiátrico. Dentre toda a amostra de adolescentes que realizam CAL, a ausência de intenção suicida apareceu em maior número (77.42%). Esses achados colaboram com a hipótese atualmente levantada por estudiosos e pelo próprio DSM-5 (APA, 2014) sobre a existência dos CAL sem uma intenção suicida, sendo encontrado no manual sob a nome “Autolesão Não Suicida”.

Os CAL são apresentados na literatura por variados nomes e definições (Fonseca et al., 2018; Giusti, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Moreira et al., 2020), se destacando entre elas duas específicas: uma que faz distinção sobre intenção suicida, estando ausente, e outra que não se preocupa em fazer essa distinção, abarcando aqueles com ou sem intenção (Guerreiro e Sampaio, 2013). Como já mencionado, há uma busca por um consenso entre pesquisadores sobre nomenclaturas, definições e critérios diagnósticos, sendo a inserção dos CAL de maneira externa a outros transtornos e condições um passo para isso.

Uma das principais questões quanto a presença ou ausência de intenção suicida é a dificuldade de avaliar algo tão subjetivo. A principal forma de acessar esse dado, que é por meio do autorrelato, requer muita cautela pelo perigo das vieses, imprecisões e a ambivalência de sentimentos e pensamentos quanto a morrer (Guerreiro e Sampaio, 2013). O DSM-5 (APA, 2014) sugere a medição da intencionalidade também por outras formas, como a possibilidade de inferir a intenção por meio da constatação de uma repetição de comportamentos que dificilmente resultarão em morte. Entende-se que estas maneiras são complexas e demandariam outras formas de avaliação, por exemplo, análise de juízes e uso de índices de concordância entre juízes, principalmente para a realização de estudos com amostras maiores.

Nesse estudo a avaliação da intenção suicida foi feita por meio da pergunta “Quando fez alguns daqueles comportamentos [listados no instrumento ECA], você estava tentando se matar?”. Essa pergunta é capaz de medir se houve intenção em qualquer um dos comportamentos, mas não em cada um, de maneira específica. Para Guerreiro e Sampaio (2013) a prática dos CAL tem relação com suicídio, sendo uma prática encontrada em uma parte considerável (até 40%) daqueles que consumaram o ato, o que pode abrir espaço para o pensar de uma pessoa que realiza CAL sem intenção suicida e que pode, após algum tempo na prática, oscilar entre a presença e ausência da intenção suicida, principalmente se partindo do princípio de que os CAL podem ser mantidos por diversas variáveis. Uma outra possibilidade de análise é a que foi apresentada por Hayes, Strosahl e Wilsson (1999) sobre a verbalização de ideação suicida, em que esta pode estar sob controle do grupo social onde o indivíduo está inserido.

Quanto a idade do início dos comportamentos, foram obtidas respostas variadas, com três participantes deixando o espaço de respostas em branco. Dois participantes indicaram que com 6 anos de idade já realizavam autolesão, dado também encontrado em Nock e Prinstein (2004). O restante se distribuiu entre as idades de 6 a 14 anos, com a maioria dos adolescentes

indicando 13 anos para o início do comportamento (sete participantes), o que vai de encontro com os encontrados em Giusti (2013), em Nock (2010), onde a idade para o início dos CAL constantemente aparece entre os 12-14 anos, e no restante da literatura e no DSM-5, que afirma que a adolescência é a fase típica para o esse acontecimento (Muehlenkamp et al., 2012; APA, 2014).

Dentre os métodos de autolesão, “morder você mesmo” foi a mais frequente, apresentando mais que o dobro de frequência se comparada aos outros itens com formas de autolesão (85.3%), com três participantes assinalando somente essa alternativa como autolesão realizada no último ano. Esse resultado não aparece em outros estudos utilizando o FASM (versão original do ECA, em inglês), como o de Nock e Prinstein (2004), sendo considerado um comportamento mais normativo na população geral, o que pode explicar a alta prevalência encontrada (Nock, 2010). Cutucar um ferimento (38.23%) e bater em você mesmo (23.53%) apareceram em seguida, e cortar-se ou fazer vários pequenos cortes na sua pele (20.58%) aparece apenas na 4ª posição, o que vai na contramão da literatura que indica o corte como procedimento mais utilizado por adolescentes (Nock, 2010; Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R., 2012; Moreira, 2020), mas pode ser explicado a partir do elaborado por Nock (2010) sobre a alta prevalência de comportamentos mais comuns na população geral.

As quatro razões mais frequentes para autolesão pertencem à categoria de reforço automático, estando de acordo com a literatura (Moreira, 2020). Duas delas, “Para aliviar sensações de ‘vazio’ ou indiferença” (52.94%) e “para parar sentimentos/ sensações ruins” (50%), pertencem ao Fator 1 - Reforço automático negativo, em concordância com os resultados observados em Fonseca et al. (2018) e Giusti (2013). Esse dado que vai de encontro com a literatura que demonstra que a desregulação emocional é uma das funções mais frequentemente associadas a autolesão (Nock & Prinstein, 2004; Sornberger et al., 2012; Moreira, 2020). Essa função também é relacionada a tentativas de suicídio (Giusti, 2013).

A razões “para se castigar” (52,94%), assim como “para sentir-se relaxado” (47%) pertencem ao Fator 2 - Reforço automático positivo e completam as quatro razões com maior frequência entre os adolescentes que realizam CAL. Nock (2010) elabora que pessoas, principalmente adolescentes, tendem a se engajar em autolesão como forma de autorregulação porque é uma forma efetiva, rápida e fácil de fazê-lo se comparada a outras estratégias. Essas chances se aumentam também entre essa faixa etária porque adolescentes possuem menores chances de possuir habilidades de enfrentamento para lidar com situações de estresse, de serem habilidosos para comunicar problemas aos pares do seu círculo social e de ter acesso a outros métodos mal adaptativos de regulação afetiva e cognitiva, como drogas e álcool (Nock, 2010).

As razões “para se sentir fazendo parte de um grupo” e “para deixar os outros com raiva” pertencentes ao Fator 4 – Reforço social negativo, obtiveram os números mais baixos (5.88% e 2.94%), com nenhuma pontuação assinalada como razão presente “frequentemente”. Esses resultados estão de acordo com a afirmação de Giusti (2013) sobre as menos frequentes motivações dos CAL serem a busca por manipular o comportamento de outras pessoas. A tentativa de controle do comportamento de terceiros nada mais é do que uma tentativa de acessar reforçadores antes alcançados por um mesmo comportamento ou um similar, que tenha provido as consequências desejáveis. Para uma maioria que emite os CAL, no entanto, parece que esse comportamento está, na maior parte do tempo, sob controle das consequências intrínsecas da autolesão.

No estudo de Lloyd-Richardson et al. (2007), quando divididos entre gênero, o grupo de meninas apresentaram maior probabilidade de escolherem o item “para se castigar” se comparado aos meninos, e o inverso aconteceu no item “para deixar os outros com raiva”. Isso aconteceu nesse estudo, com a identificação de maior frequência das meninas no item “para se castigar” (60% e 33.33%) e apenas presença dos meninos no item “para deixar os outros com raiva” (11.11%). Esse dado foi colocado como pelos autores (Lloyd-Richardson et al., 2007).

que inicialmente perceberam essa diferença como uma tendência do sexo masculino de se engajar em CAL afim de comunicar ou influenciar outros, enquanto o sexo feminino tende a se engajar em CAL pelo alívio ou fatores de autopunição.

Quanto a intenção suicida e sua relação com os CAL, observou-se uma maior frequência do grupo com intenção suicida na autolesão em geral, principalmente do tipo moderada/grave e maior frequência desse grupo em todos os tipos de CAL, onde todo esse grupo de participantes fez uso de mais de um tipo de CAL, com 57% da amostra apresentando oito ou mais métodos de autolesão. Isso está em concordância com os resultados de Lloyd-Richardson et al. (2007). Inicialmente, os autores tinham como hipótese que adolescentes engajados em autolesão moderada/grave eram mais prováveis de ter um histórico psiquiátrico, histórico de tentativas de suicídio e maior ideação suicida quando comparado aos de autolesão do tipo leve, o que poderia levar a considerar que certos tipos de CAL podem ser um preditivo para eventos futuros mais sérios. Lloyd-Richardson et al. (2007) também afirmam que a diferenciação entre tipos de gravidade dos CAL podem permitir a futura consideração de marcadores clínicos para distinguir comportamentos clinicamente significativos ou não-significativos, como hábitos comportamentais ou talvez expressões normativas de uma cultura adolescente.

Diante dos achados, conclui-se que há prevalência de CAL na população maranhense. Ainda que a amostra tenha sido composta, em sua maioria, de adolescentes do sexo feminino, observa-se que tal qual a literatura (Lloyd-Richardson et al., 2007; Fonseca et al., 2018; Giusti, 2013) essa população é identificada como a que emite mais respostas de CAL. Dados acerca da ideação suicida mostram que os adolescentes que emitem essas respostas também são aqueles que emitem CAL considerados mais graves. Considerando as categorias apontadas por Nock e Prinstein (2004), o controle por reforço automático, tanto positivo quanto negativo, foi o que se mostrou mais frequente, o que implica em dizer que essas são as principais razões para a realização dos CAL na faixa etária adolescente.

Considerando a base teórica fornecida pela Análise do Comportamento, afirma-se a necessidade de estudos que realizem uma análise funcional desse comportamento, com a identificação de eventos ambientais antecedentes e consequentes dessas respostas. Uma vez que, os CAL são desencadeados e mantidos por eventos ambientais diferentes.

Estudos que apontem dados baseados em evidências utilizando as técnicas como reforçamento diferencial de comportamentos alternativos (DRA), esvanecimento da demanda, estimulação competitiva e muitas outras para além das citadas em Ceppi e Benvenuti (2010), podem auxiliar o desenvolvimento de programas de intervenção realizados por terapeutas da TACI, ampliando dados de pesquisas interventivas, melhorando a qualidade de vida dos adolescentes e diminuindo o agravamento de saúde pública no futuro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar os comportamentos autolesivos em uma amostra de adolescentes do estado do Maranhão. Os comportamentos autolesivos têm sido considerados um problema de ordem mundial, com dados indicando que uma quantidade expressiva de adolescentes se encontra suscetível a se engajar em autolesão. Buscou-se confirmar as hipóteses de há prevalência de comportamentos autolesivos na amostra, com maior prevalência para o gênero feminino, e que não há relação entre CAL e intenção suicida

Concluiu-se que a hipótese de que há prevalência elevada dos comportamentos autolesivos entre adolescentes maranhenses foi confirmada, com porcentagem acima de 39% ao longo da vida e acima de 20% com no mínimo cinco ocorrências durante o último ano, no sentido de se encaixar na categoria sugerida pelo DSM-5 (APA, 2014). Observou-se maior frequência dentre a faixa etária mais velha, entre 13 e 14 anos, e entre o sexo feminino (73.52%), confirmando a segunda hipótese elaborada inicialmente. Grande parte dos adolescentes que realizam CAL não se encontram em acompanhamento com psicólogo e/ou psiquiatra (79.41%).

A maioria dos adolescentes (20.58%) iniciou os CAL por volta dos 13 anos, com as formas de autolesão mais frequentes sendo “morder você mesmo”, “cutucar um ferimento”, “bater em você mesmo” e “cortar-se ou fazer vários pequenos cortes na sua pele”. As quatro razões mais frequentes para autolesão são da categoria de reforço automático, sendo “para aliviar sensações de ‘vazio’ ou indiferença” e “para parar sentimentos/ sensações ruins” pertencentes ao Fator 1 - Reforço automático negativo e a razões “para se castigar” e “para sentir-se relaxado” do Fator 2 - Reforço automático positivo.

Quanto a hipótese de que não há relação entre CAL e intenção suicida, a maior parte dos participantes relataram não ter intenção suicida (77.42%), o que colabora com a hipótese levantada por estudiosos e pelo DSM-5 (Nock, 2010; Giusti, 2013; APA, 2014) da área de que os comportamentos autolesivos são uma categoria apesar da intenção suicida, e como parece

apontar a tendência dentre alguns estudos que corroboram com a proposta de uma Autolesão não suicida como condição ainda a ser incluída nos manuais.

O presente estudo contribui para o estudo dos CAL e contribui para uma melhor compreensão do seu funcionamento em adolescentes, sendo um dos estudos iniciais sobre a temática no Brasil. A partir de estudos como esse e suas consequências quanto a uma melhor compreensão dos CAL, se tornam possíveis melhores perspectivas para programas de intervenção e tratamento desses comportamentos. No entanto, esse estudo contou com diversas limitações.

Primeiramente evidenciam-se limitações em decorrência da pandemia mundial da COVID/19. Tal situação impediu a coleta presencial em escolas ou centro de atendimentos a crianças e adolescentes. Diante desse cenários, coletas de dados virtuais tem se mostrado como uma alternativa para os pesquisadores. Embora permitam o alcance da amostra, evidencia-se algumas limitações como pouco alcance na divulgação, principalmente ao público que frequenta escolas públicas e residentes em outras cidades do estado, além das limitações que a realidade socioeconômica destes adolescentes coloca, impedindo que os mesmo acessem as redes sociais, e sendo assim, o grupo aparece em menor percentual nessa amostra.

A maior parte da amostra de adolescentes da presente investigação foi composta por jovens residentes no município de São Luís. Compreende-se esse dado por meio da análise do procedimento de coleta de dados utilizado. Esse acontecimento provavelmente se deve a limitação do método de divulgação feito pelas pesquisadoras, assim como maior alcance do público ludovicense por meio dos métodos de panfletagem em ponto de vacinação. A dificuldade de divulgação para um maior número de cidades do estado se deu pela limitação encontrada na divulgação virtual e dependência da ampliação da divulgação por terceiros voluntários. Ainda com essa limitação, entende-se que o estudo apresenta uma amostra relevante para análise e alcance dos objetivos propostos.

Diversas modificações nos materiais para chamada dos participantes que foram feitas ao longo da coleta de dados. Após a escolha pelo formato online foram feitas diversas alterações nos textos usados para divulgação por mensagem de texto, elaboração de materiais diferentes e alterações nos textos de apresentação da pesquisa de forma a facilitar a leitura, obter melhor compreensão e maior adesão dos pais e adolescentes. Nos primeiros formatos de mensagem de divulgação, muitas pessoas questionaram as pesquisadoras se poderiam participar do estudo mesmo não apresentando CAL ou se os pais ou adolescentes que deveriam responder os questionários, o que causou algumas das principais alterações realizadas para que o texto explicasse melhor os detalhes da pesquisa.

Um problema enfrentado nesse estudo foi o de um número discrepante entre os formulários enviados de autorizações de pais/responsáveis e pesquisas preenchidas pelos adolescentes nos primeiros dias de coleta, o que significava que os pais e responsáveis não estavam encaminhando o link da pesquisa aos adolescentes, e sua participação não estava sendo efetivada. Inicialmente, o link para a pesquisa a ser preenchida pelo adolescente era enviada manualmente pela pesquisadora, após recebimento da autorização. A medida adotada após a percepção dessa falha no completar da pesquisa foi de disponibilizar o link da pesquisa imediatamente após a autorização, para que o tempo entre a autorização e o acesso ao link fosse menor, garantindo maior adesão dos pais no repassar do link aos adolescentes. A pesquisadora seguiu enviando a pesquisa aos contatos informados no TCLE, a fim de reforçar o preenchimento na pesquisa por parte dos adolescentes, mas parte dos adolescentes, mesmo autorizados, nunca chegaram a responder a pesquisa.

Outras problemas também foram a dificuldade de adesão à pesquisa por parte de alguns pais, provavelmente devido a temática delicada, o que pode ter impedido a autorização para participação na pesquisa e a divulgação para outros, e alguns problemas relativos à adaptação do instrumento ECA ao formato online via Formulários Google. Após responder sobre a prática

dos CAL e sua frequência, uma última pergunta pedia que aqueles que haviam respondido “não” para todos os itens sobre CAL clicassem na opção “Questionário seguinte” a fim de serem direcionados para a última parte do ECA, sobre as razões para autolesão. Esse direcionamento também se encontra no modelo original do ECA.

Participantes que responderam “sim” para alguma das perguntas deveriam sinalizar por meio da outra opção, “Respondi sim para uma ou mais perguntas”, e seriam direcionados para a segunda parte do ECA. Apesar de terem respondido que sim para perguntas anteriores, três participantes escolheram a opção “Questionário seguinte” e não tiveram acesso a essa parte do ECA, o que não nos permitiu ter acesso a parte dos dados do instrumento, como intenção suicida, uso de substâncias durante a prática dos CAL e idade do início do comportamento. Dessa forma, acredita-se ter perdido dados relevantes. O formulário não pode ser alterado durante o processo de pesquisa, esse problema só foi percebido após serem coletadas diversas respostas.

Para novos estudos, sugerem-se: (a) estudos com amostras heterogêneas; (b) estudos que adotem a mesma conceituação de CAL e utilizem a mesma escala, com fins de desenvolver análises comparativas; (c) investigações com amostras em diferentes regiões do Brasil, considerando as discrepâncias sociais, culturais e econômicas da realidade brasileira, para melhor entender o fenômeno comportamental denominado CAL na adolescência, (d) estudos com indivíduos com faixas etárias diferentes, para além da trabalhada nesse estudo, com o objetivo de entender como o CAL se encontra nessas faixas e a sua prevalência ao longo dos anos e (e) pesquisas separando grupo de CAL com e sem intenção suicida, a fim de analisar as diferenças dos dados apresentados em cada grupo e obter mais dados acerca dessa temática ainda debatida dentro dos CAL. Dados desta ordem permitirão também o desenvolvimento de programas de tratamento e intervenção, principalmente baseados em evidência, por esta ser uma

área escassa de produções, aplicando procedimentos e técnicas que venham a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que emitem CAL.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). APA. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Baldwin, J. D. & Baldwin, J. I. (1986). *Princípios do comportamento na vida diária*. (L. F. Ciruffo, M. J. E. Vascomcellos, S. R. C. Pereira, S. S. Castanheira, Trad.).
- Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2009). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Artmed Editora.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68. (4), 609-620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição [Learning]*. DG Souza (Trans.), 4th ed. Artmed. (Original work published 1998).
- Chaves, G. (2018). *Adolescência e autolesão: Psicodiagnóstico como proposta de compreensão e intervenção a partir de um caso clínico* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.47.2019.tde-26022019-123803>
- Ceppi, B., & Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38, 247-253. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600006>
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (P. I. C. Gomide, E. Otta, Trad.). Atlas.
- Fonseca, P. H. N. D., Silva, A. C., Araújo, L. M. C. D., & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [online]., 70, 3, 246-258. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&tlng=pt.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>

- 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>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of applied behavior analysis*, 27(2), 197-209. [https://doi.org/10.1016/0270-4684\(82\)90003-9](https://doi.org/10.1016/0270-4684(82)90003-9)
- 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. <https://doi.org/10.14417/ap.991>
- Lloyd-Richardson, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents*. (Doctoral dissertation, Louisiana State University). https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_disstheses/6546
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*, 37(8), 1183-1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: uma análise do comportamento*. EPU – Editora Pedagógica Brasileira.
- Moreira, É. D. S., Vale, R. R. M. D., Caixeta, C. C., & Teixeira, R. A. G. (2020). Automutilação em adolescentes: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3945-3954, <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.31362018>
- Moreira, M. B., & de Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Artmed.

- 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), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Richartz, M. (2013). *Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos: definição, avaliação comportamental e intervenção*. (Master's thesis, Universidade Estadual de Londrina). Biblioteca Digital da Universidade Estadual de Londrina. <http://w.w.w.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000188092>
- Santos, L. C. S. (2017). *Conduitas autolesivas e bullying em adolescentes de Sergipe*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão. https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/5935/1/LUANA_CRISTINA_SILVA_SANTOS.pdf
- Schmaltz, E. B. (2005). *Personalidade no Behaviorismo radical*. https://core.ac.uk/display/185255773?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (Vol. 10). Martins Fontes.
- 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), 266-278. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x>
- Skinner, B.F. (2002). *Sobre o Behaviorismo*. Tradução de M. P. Villalobos. Editora Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (11ª ed.). Trad. de J. C. Todorov e R. Azzi. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953).

Teixeira, A. M. F., & Luis, M. A. V. (1997). Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: Um estudo epidemiológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(SPE), 31-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000500004>

World Health Organization. (1986). *Young people's health-a challenge for society: Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000"[meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]*. World Health Organization.

Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-137>

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadores envolvidos: Gabriella Dominices Penha (graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão) | e-mail: gabriella.dominices@gmail.com | Telefone: (98) 981156000 e Prof.^a Dr.^a Catarina Malcher Teixeira (Pesquisadora/orientadora) | e-mail: catarinamalcher@hotmail.com | Telefone: (98) 982019483

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **COMPORTAMENTO AUTOLESIVOS NA ADOLESCÊNCIA EM UMA PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL** na condição de responsável pelo(a) menor que deve ser indicado(a) abaixo.

Objetivo e justificativas: Analisar o comportamento autolesivo em adolescentes, identificando sua prevalência, formas mais frequentes, suas funções e a presença de intenção suicida.

A participação de seu representado no referido estudo envolverá a aplicação da Escala de Comportamento de Autolesão (ECA), originalmente criada por Lloyd-Richardson, Kelley, & Hope (1997), traduzida e adaptada para o Brasil por Scivoletto e Giusti (Giusti, 2013). O ECA identifica a ocorrência de 11 formas de autolesão durante o último ano, e, sendo a resposta positiva, investiga também a frequência, necessidade de tratamento médico após autolesão, presença de intenção suicida, tempo gasto entre pensar e se mutilar, se houve influência de drogas, intensidade da dor no ato; a idade de início desses comportamentos e as razões que o motivaram. O adolescente deverá responder o instrumento por completo, respondendo o que é pedido a cada item.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Possíveis benefícios para o seu representado: não há benefícios diretos e imediatos, mas a partir dessa pesquisa será possível preencher algumas lacunas presentes no estudo dos comportamentos autolesivos, contribuindo para sua melhor caracterização e compreensão do seu modo de funcionamento, buscando também contribuir para a futura elaboração de estratégias para a prevenção, intervenção e tratamento de pessoas que sofrem com os comportamentos autolesivos.

Possíveis riscos para o seu representado: despertar sentimentos negativos, algum grau de constrangimento ou desconforto durante a aplicação dos instrumentos.

Confidencialidade: sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, o(a) identificar ou identificar seu representado(a), será mantido em sigilo. É assegurada a assistência do seu representado(a) durante toda a pesquisa, garantindo o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências e a tudo o que se queira saber antes, durante e depois da participação dele(a).

Esclarecimento: Ao aceitar participar dessa pesquisa, você irá receber uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com os dados dos pesquisadores envolvidos para eventual contato.

Aceito participar da pesquisa na condição de responsável pelo (a) menor _____, tendo sido informado(a) sobre seus objetivos, riscos, benefícios, sobre a minha liberdade em participar ou mesmo de deixar a pesquisa em qualquer momento, e de não haver valor econômico a receber ou a pagar pela participação. Considerando os itens acima expostos, eu, de maneira livre e esclarecida, expresseo o meu interesse em participar desta pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Assinatura do representante legal

Local e data: _____ (MA), ____/____/____

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Profª. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Gabriella Dominices Penha

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações do sujeito pesquisado: O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI. E-mail para correspondência: cepufma@ufma.br. Em caso de dúvidas, ligue: (98) 3272-8708.

ANEXO B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadores envolvidos: Gabriella Dominices Penha (graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão) | e-mail: gabriella.dominices@gmail.com | Telefone: (98) 981156000 e Prof.^a Dr.^a Catarina Malcher Teixeira (Pesquisadora/orientadora) | e-mail: catarinamalcher@hotmail.com | Telefone: (98) 982019483

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **COMPORTAMENTO AUTOLESIVOS NA ADOLESCÊNCIA EM UMA PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**, que tem o objetivo de analisar o comportamento autolesivo na sua faixa etária, identificando sua prevalência, formas mais frequentes, suas funções e a presença de intenção suicida e ocorrerá online.

O **assentimento** significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes da sua faixa de idade para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações, por mais simples que possam parecer. Pode ser que este documento denominado **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à sua equipe que explique qualquer informação que você não entenda claramente.

Sua participação no referido estudo envolverá a aplicação da Escala de Comportamento de Autolesão (ECA), originalmente criada por Lloyd-Richardson, Kelley, & Hope (1997), traduzida e adaptada para o Brasil por Scivoletto e Giusti (Giusti, 2013). O ECA identifica a ocorrência de 11 formas de autolesão durante o último ano, e, sendo a resposta positiva, investiga também a frequência, necessidade de tratamento médico após autolesão, presença de intenção suicida, tempo gasto entre pensar e se mutilar, se houve influência de drogas, intensidade da dor no ato; a idade de início desses



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

comportamentos e as razões que o motivaram. Você deverá escolher, nas alternativas, se você praticou ou não essas formas de autolesão durante o ano passado, o número de vezes, e as outras informações já citadas acima. Após essas perguntas, você irá responder sobre as razões que o motivaram a se lesionar e avaliar com que frequência essas razões estão presentes, numa escala de 0 a 3.

Benefícios: não há benefícios diretos e imediatos, mas ao participar dessa pesquisa você estará contribuindo para o estudo dos comportamentos autolesivos na adolescência, ajudando a preencher algumas lacunas presentes no estudo dessa temática, também contribuindo para a futura elaboração de estratégias para a prevenção, intervenção e tratamento de pessoas que sofrem com os comportamentos autolesivos.

Estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e de que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Eu li e discuti com a investigadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante

Data: ____/____/2021

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Gabriella Dominices Penha

Contato para dúvidas:

Se houver dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar os pesquisadores envolvidos. Havendo dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho. E-mail do CEP para correspondência: cepufma@ufma.br. Em caso de dúvidas, ligue: (98) 3272-8708.

ANEXO C - Escala de Comportamento de Autolesão - ECA ou Functional Assesment of Self-Mutilation – FASM (Indicação de que não seja divulgada no presente texto)

ANEXO D – Carta de apresentação da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

À senhora _____, representante responsável pela _____, localizada na _____, em São Luís – MA.

Assunto: **Apresentação de Pesquisa monográfica e solicitação de autorização condicionada.**

Prezada Senhora XXXXXXXXXXXX, apresentamos a pesquisa intitulada **COMPOR-
TAMENTO AUTOLESIVOS NA ADOLESCÊNCIA EM UMA PERSPECTIVA ANA-
LÍTICO-COMPORTAMENTAL;**

A pesquisa tem como objetivo analisar o comportamento autolesivo em adolescentes de idades entre 10 e 14 anos.

Espera-se com esta pesquisa preencher algumas lacunas presentes no estudo dos comportamentos autolesivos, contribuindo para sua melhor caracterização e compreensão do seu modo de funcionamento. Busca-se também contribuir para a futura elaboração de estratégias para a prevenção, intervenção e tratamento de pessoas que sofrem com os comportamentos autolesivos, possivelmente direcionando encaminhamentos para outros profissionais, caso necessário.

As informações a serem fornecidas para as pesquisadoras serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação. Essas informações não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, é garantido o anonimato de tais informações durante e após a finalização da pesquisa.

A pesquisa será coordenada pelas pesquisadoras responsáveis Gabriella Dominices Penha (disponível pelo endereço de e-mail gabriella.dominices@gmail.com) e Catarina Malcher Teixeira (disponível pelo endereço de e-mail catarinamalcher@hotmail.com), e será previamente apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/ UFMA, situado no Prédio CEB Velho, Campus Universitário do Bacanga,

Avenida dos Portugueses 88, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI, atendendo pelos contatos de e-mail para correspondência cepufma@ufma.br e pelo número (98) 3272-8708.

Para tanto, respeitosamente solicito a V. S (A ou O), conforme modelo sugerido em anexo (Autorização para pesquisa), emissão de autorização para realização da pesquisa **condicionada à prévia aprovação da mesma em Comitê de Ética em Pesquisa**, respeitando a legislação em vigor sobre ética em pesquisa em seres humanos no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 196/96 e regulamentações correlatas).

São Luís, _____ de _____ de 2021

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Gabriella Dominices Penha