

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

CARLOS HENRIQUE DE ARAGÃO NETO

**AUTOLESÃO SEM INTENÇÃO SUICIDA
E SUA RELAÇÃO COM IDEAÇÃO SUICIDA**

Brasília/DF

2019

CARLOS HENRIQUE DE ARAGÃO NETO

**AUTOLESÃO SEM INTENÇÃO SUICIDA
E SUA RELAÇÃO COM IDEACÃO SUICIDA**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares

Brasília/DF

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Aragão Neto, Carlos Henrique de
Autolesão Sem Intenção Suicida e sua Relação com Ideação Suicida /
Carlos Henrique De Aragão Neto; orientador Marcelo da Silva Araújo
Tavares. -- Brasília, 2019. 171 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) --
Universidade de Brasília, 2019.

1. Ideação Suicida. 2. Autolesão. 3. ASIS. 4. Adolescente. 5. Escola. I.
Tavares, Marcelo, orient. II. Título.

Nome: Aragão Neto, Carlos Henrique de

Título: Autolesão Sem Intenção Suicida e sua Relação com Ideação Suicida

Tese apresentada no Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia Clínica e Cultura

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares

Universidade de Brasília – UnB

Prof^a. Dr. Larissa Polejack Brambatti

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente

Secretaria de saúde - DF – UnB

Profa. Dra. Vilma Valéria Dias Couto

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Profa. Dra. Maria Ines Gandolfo Conceição (suplente)

Universidade de Brasília – UnB

Dedico este trabalho, do fundo do meu coração:

Ao meu pai, Joaquim, *in memoriam*, que deve estar feliz onde quer que esteja.
À minha madrinha e mãe, Lucília.

À minha Mãe, Francisca.

À minha irmã, Márcia.

Aos meus filhos Gabriel, Carolina e André.

À minha esposa, Juliana.

Sem vocês, seria muito mais difícil.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares, pela competência e cordialidade para me orientar neste desafio do doutorado.

À psicóloga e psicopedagoga Celina Diogo e toda a equipe da escola onde realizei as entrevistas.

Às apoiadoras Layze Braz e Paula Almeida.

Aos membros da banca, Profas. Dras. Larissa Polejack Brambatti, Beatriz Montenegro Franco de Souza e Vilma Valéria Dias Couto.

À minha família: minha mãe, Francisca; Minha madrinha e mãe, Lucília; meus irmãos Fábio e Márcia; minha sogra, Jesus; meus cunhados Ursulino e Laura.

Aos meus filhos, Gabriel, Carolina e André.

À minha esposa, Juliana, em especial.

A mim, afinal, eu realizei este trabalho, em última instância.

Por fim, ao meu pai do céu. Sem Ele, nada.

Canção do Tamoio

I

Não chores, meu filho;
Não chores, que a vida
É luta renhida:
Viver é lutar.
A vida é combate,
Que os fracos abate,
Que os fortes, os bravos
Só pode exaltar.

II

Um dia vivemos!
O homem que é forte
Não teme da morte;
Só teme fugir;
No arco que entesa
Tem certa uma presa,
Quer seja tapuia,
Condor ou tapir.

III

O forte, o cobarde
Seus feitos inveja
De o ver na peleja
Garboso e feroz;
E os tímidos velhos
Nos graves concelhos,
Curvadas as fronte,
Escutam-lhe a voz!

IV

Domina, se vive;
Se morre, descansa
Dos seus na lembrança,
Na voz do porvir.
Não cures da vida!
Sê bravo, sê forte!
Não fujas da morte,
Que a morte há de vir!

V

E pois que és meu filho,
Meus brios reveste;
Tamoio nasceste,
Valente serás.
Sê duro guerreiro,
Robusto, fragueiro,
Brasão dos tamoios
Na guerra e na paz.

VI

Teu grito de guerra
Retumbe aos
ouvidos
D'imigos transidos
Por vil comoção;
E tremam d'ouvi-lo
Pior que o sibilo
Das setas ligeiras,
Pior que o trovão.

VII

E a mão nessas tabas,
Querendo calados
Os filhos criados
Na lei do terror;
Teu nome lhes diga,
Que a gente inimiga
Talvez não escute
Sem pranto, sem dor!

VIII

Porém se a fortuna,
Traindo teus passos,
Te arroja nos laços
Do inimigo falaz!
Na última hora
Teus feitos memora,
Tranquilo nos gestos,
Impávido, audaz.

IX

E cai como o tronco
Do raio tocado,
Partido, rojado
Por larga extensão;
Assim morre o forte!
No passo da morte
Triunfa, conquista
Mais alto brasão.

X

As armas ensaia,
Penetra na vida:
Pesada ou querida,
Viver é lutar.
Se o duro combate
Os fracos abate,
Aos fortes, aos bravos,
Só pode exaltar.

Aragão Neto, C. H. (2019). *Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) e sua relação com ideação suicida*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO

A Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) é considerada um importante fator de risco para a ideação suicida. Os estudos brasileiros nessa área são escassos, enquanto outros países já consideram a ASIS um problema de saúde pública. O objetivo principal deste trabalho foi verificar a relação da ASIS com a ideação suicida entre estudantes do ensino fundamental de escola pública em Teresina, capital do Piauí. É uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, cujos dados foram processados através de análise de conteúdo. Treze estudantes foram entrevistados diretamente pelo pesquisador, em ambiente privado da escola. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada que continha perguntas sobre dados sócio-demográficos, sobre a infância e adolescência, além dos dados sobre a prática de ASIS e a interface com ideação suicida. O critério de inclusão dos participantes foi ter realizado pelo menos um episódio de ASIS no ano anterior à entrevista. Foram nove meninas e quatro meninos selecionados pela escola. As categorias estabelecidas foram Abusos (sexual, emocional e físico), Separação dos pais, Ausência da figura paterna, Perdas por morte, Bullying e Relação entre ASIS e Ideação suicida. As análises mostraram que dos treze entrevistados, nove praticavam ASIS com a co-ocorrência de ideação suicida; todos utilizaram como método o corte; todos relataram que a função da ASIS foi o alívio da dor emocional. O efeito de contágio da ASIS é muito alto no ambiente escolar e na internet, o que faz o comportamento se multiplicar entre os jovens. Concluiu-se que: 1) ideação suicida está presente no contexto da prática da ASIS em uma parcela dos casos estudados, o que aumenta o risco de suicídio; 2) experiências adversas na infância (listadas nas categorias deste trabalho) são fatores de risco para ASIS e ideação suicida. Futuras pesquisas devem ser realizadas no Brasil, principalmente em ambientes acadêmico, como escolas e universidades. É necessário que essas instituições qualifiquem seus colaboradores para poder trabalhar com os alunos que praticam ASIS, e estabelecer uma parceria com a família, para que esses jovens em sofrimento grave sejam acolhidos e tratados. Este trabalho tem o interesse em servir como incentivo para novas pesquisas, assim como alertar famílias, escolas e instituições de saúde para a gravidade do fenômeno da ASIS, especialmente sua relação com ideação suicida.

Palavras-chave: Ideação Suicida. Autolesão. ASIS. Adolescente. Escola.

Aragão Neto, C. H. (2019). *Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) and its relation with suicidal ideation*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

ABSTRACT

Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) is considered an important risk factor for suicidal ideation. Brazilian studies in this area are scarce, while other countries already consider ASIS a public health problem. The main objective of this study was to verify the relationship between ASIS and suicidal ideation among elementary school adolescents in Teresina, capital of Piauí. It is a descriptive and exploratory, qualitative approach, whose data were processed through content analysis. Thirteen students were interviewed directly by the researcher, in a private environment at school. A semi-structured interview was used that contained questions about socio-demographic data on childhood and adolescence, as well as data on the practice of ASIS and the interface with suicidal ideation. Participants were included if they had performed at least one episode of NSSI in the year prior to the interview. There were nine girls and four boys selected by the school. The categories established were Abuses (sexual, emotional and physical), Separation of parents, Absence of paternal figure, Losses by death, Bullying and Relationship between NSSI and Suicidal Ideation. The analyzes showed that of the thirteen interviewees, nine practiced NSSI with the co-occurrence of suicidal ideation; all used as a method the cut; all reported that the role of NSSI was the relief of emotional pain. The contagion effect of NSSI is very high in the school environment and on the internet, which increases the behavior among the young. It was concluded that: 1) suicidal ideation is present in the context of NSSI practice in a portion of the cases studied, which increases the risk of suicide; 2) Adverse experiences in childhood (listed in the categories of this study) are risk factors for NSSI and suicidal ideation. Future research should be conducted in Brazil, especially in academic settings such as schools and universities. It is necessary for these institutions to qualify their staff to work with students who practice NSSI and to partner with the family so that these young people in distress can be welcomed and treated. Hopefully, this work will serve as an incentive for new research, as well as to alert families, schools and health institutions to the seriousness of the NSSI phenomenon, especially regarding with suicidal ideation.

Keywords: Suicidal Ideation. Self-injury. NSSI. Teenager. School.

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
ASIS	Autolesão Sem Intenção Suicida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDM	Centro Débora Mesquita
CID	Manual Diagnóstico
CS	Comportamento Suicida
DSH	Deliberate Self-Harm
DSM-V	5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico
DSM-VI	6ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico
IRDI	Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil
ISAS	Inventory of Statements About Self-injury
ISSS	International Society for the Study of Self-Injury
NSSI	Nonsuicidal Self-Injury
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organización Não Governamental
PI	Piauí
SciELO	Scientific Electronic Library Online
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TS	Tentativa de suicídio
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Termos e seus significados referentes ao fenômeno da autolesão	19
Tabela 2 – Prevalência ao longo da vida	22
Tabela 3 – Escala ISAS	25
Tabela 4 – Combinação de termos correlatos de suicídio e autolesão	36
Tabela 5 – Combinação de termos correlatos de suicídio e autolesão na Coleção CAPES Periódicos com filtro Scielo Brasil	36
Tabela 6 – Análise do assunto principal dos 30 trabalhos restantes	39
Tabela 7 – Perfil dos entrevistados	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Funções da ASIS	27
Figura 2 – Fatores da ASIS e do Suicídio	28
Figura 3 – ASIS vs. Suicídio	32
Figura 4 – Etapas de busca sistemática e dos critérios de exclusão	37
Figura 5 – Potenciais fatores de risco	118

SUMÁRIO

1 Introdução	15
2 Automutilação: Aspectos Gerais	17
2.1 Conceito	18
2.2 Nomenclaturas	19
2.3 Epidemiologia	22
2.4 Métodos para a prática da ASIS	24
2.5 Funções da ASIS	25
2.6 Relação entre ASIS e Ideação Suicida (CS)	27
2.6.1 Diferenças entre ASIS e Comportamento Suicídio	30
2.7 Justificativa	33
2.8 Objetivos	34
3 Busca Sistemática na Produção Nacional dos Termos Correlatos de Suicídio e Autolesão	35
4 Método	45
4.1 Abordagem da pesquisa	48
4.2 Pesquisa descritiva	49
4.3 Pesquisa exploratória	50
4.4 O modelo da entrevista semiestruturada	50
4.5 Procedimentos	52
4.6 Critérios de inclusão e exclusão	52
4.7 Papéis da escola e do entrevistador	53
4.8 Local, período e duração das entrevistas	54
4.9 Acolhimento, <i>rapport</i> e consentimento	55
4.10 A execução da entrevista individual e seu encerramento	55
4.11 Devolutiva aos pais/responsáveis	56
4.12 Orientação à escola	57
4.13 Análise dos dados	57
5 Resultados	59
5.1 Análise dos casos	59
5.1.1 Anair	61
5.1.1.1 Análise	62
5.1.2 Elvira	63
5.1.2.1 Análise	65
5.1.3 Jupita	66
5.1.3.1 Análise	68
5.1.4 Malala	69

5.1.4.1 <i>Análise</i>	70
5.1.5 <i>Emílio</i>	72
5.1.5.1 <i>Análise</i>	73
5.1.6 <i>Stach</i>	74
5.1.6.1 <i>Análise</i>	75
5.1.7 <i>Minerva</i>	76
5.1.7.1 <i>Análise</i>	62
5.1.8 <i>Sofia</i>	79
5.1.8.1 <i>Análise</i>	80
5.1.9 <i>Rafa</i>	82
5.1.9.1 <i>Análise</i>	83
5.1.10 <i>Babsi</i>	84
5.1.10.1 <i>Análise</i>	88
5.1.11 <i>Celina</i>	87
5.1.11.1 <i>Análise</i>	88
5.1.12 <i>Júlia</i>	90
5.1.12.1 <i>Análise</i>	91
5.1.13 <i>Hugo Cabret</i>	92
5.1.13.1 <i>Perfil</i>	93
5.1.13.2 <i>Etapa de infância</i>	93
5.1.13.3 <i>Etapa da adolescência</i>	95
5.1.13.4 <i>Padrão de sono e prática de atividade física</i>	98
5.1.13.5 <i>Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS)</i>	99
5.1.13.6 <i>ASIS e Comportamento Suicida</i>	101
5.2 <i>Discussão</i>	104
5.2.1 <i>Abusos: físico, emocional e sexual</i>	104
5.2.2 <i>Separação dos pais</i>	107
5.2.3 <i>Ausência do pai</i>	109
5.2.4 <i>Perdas por morte</i>	111
5.2.5 <i>Bulling</i>	113
5.2.6 <i>ASIS e Ideação Suicida</i>	114
6 <i>Conclusão</i>	119
Referências	123
APÊNDICES	136
ANEXOS	170

1 Introdução

O início do meu interesse por assuntos relacionados à morte e ao processo de morrer (tanatologia) se deu antes mesmo de ingressar no curso de psicologia. Fui voluntário de uma instituição de oncologia infantil e tínhamos ali eventos (palestras, trabalhos vivenciais) sobre esses temas para buscar fortalecimento emocional e poder lidar com o sofrimento daquelas crianças e respectivos familiares. Dessa forma, começou o meu contato com o tema do luto, mais especificamente.

No primeiro ano da graduação em psicologia, realizei uma pesquisa com mães de filhos que haviam morrido em decorrência de suicídio com o objetivo de avaliar como essas mulheres vivenciaram o luto. Ao escutar as narrativas, percebi que o fenômeno do suicídio era de enorme complexidade, e isso me despertou o interesse em investir na suicidologia.

O mestrado no Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI) foi um passo adiante nos estudos sobre comportamento suicida. Na ocasião, trabalhei com pessoas que haviam feito alguma tentativa de suicídio. Naquele momento, eu trabalhava com dois temas de interesse: luto e suicídio.

Antes de ingressar no doutorado, vinha percebendo, por observações clínicas, o aumento da prevalência de jovens com o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida. Busquei a literatura nacional sobre o tema, e o resultado que encontrei foi uma produção acadêmico-científica escassa. No entanto, na literatura internacional especializada, verifiquei uma grande quantidade de estudos, e nas referências de um deles, localizei a ISSS (*International Society for the Study of Self-Injury*), uma das principais instituições dedicadas aos estudos de *Nonsuicidal Self-Injury*, o que convencionei chamar de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS). Percebi que a ASIS era, frequentemente, apontada como um importante fator de risco para comportamento suicida, que me levou, novamente, a verificar o que havia na literatura brasileira acerca desse ponto específico, a relação entre ASIS e suicídio. Nada encontrei. Nesse sentido, foi definido que esse seria o tema desta tese de doutorado, o que me levou a investir no terceiro tema de interesse, a ASIS.

Durante o processo do doutorado, foi definido que esta pesquisa seria realizada com estudantes de escola pública. A decisão de trabalhar dentro de escola foi baseada no pressuposto de que os adolescentes estão no ambiente escolar em grande parte do tempo e,

portanto, este é o *locus* que merece um investimento especial em estudos e programas de intervenção e prevenção de comportamentos autodestrutivos, ASIS e comportamento suicida.

O presente trabalho está dividido em quatro capítulos, além desta Introdução e uma seção final à guisa de conclusão. O primeiro, “Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS): Aspectos Gerais”, versa sobre vários pontos da ASIS: nomenclatura, conceito, funções, epidemiologia, manuais diagnósticos, métodos, prevalência, diferenças entre ASIS e suicídio, justificativa e objetivos. No segundo capítulo, “Busca Sistemática na Produção Nacional dos Termos Correlatos de Suicídio e Autolesão”, foi realizada uma verificação em bases de dados nacionais sobre ASIS e suicídio, com o objetivo de constatar como estava a produção acadêmica brasileira nessa área. O terceiro capítulo trata do método da pesquisa, cuja abordagem é qualitativa, descritiva, exploratória, baseada em análise de conteúdo, realizada com 13 adolescentes, estudantes de uma escola pública municipal da cidade de Teresina, capital do Piauí. No quarto capítulo, “Análise e Discussão”, apresenta-se o perfil dos entrevistados, seguido da apresentação dos 13 casos com recortes das narrativas associadas às categorias estabelecidas pela análise de conteúdo: abusos (sexual, emocional e físico), separação dos pais, ausência da figura paterna, perdas por morte, *bullying* e a relação entre ASIS e ideação suicida. Por fim, as considerações finais, que aborda os principais resultados da pesquisa e sugere pesquisas futuras para que a ASIS seja, cada vez mais, objeto de estudos no Brasil.

2 Autolesão Sem Intenção Suicida: Aspectos Gerais

A automutilação, como mais comumente é conhecido o termo, é um fenômeno antigo e, em meio a um imenso repertório de comportamentos humanos, representa um dos mais complexos, intrigantes e menos compreendidos. Aspectos culturais desse fenômeno ocupam um lugar importante para o seu entendimento e análise (Angelotta, 2015; Favazza, 2011). Apesar de ser reportado por séculos, os estudos sobre automutilação, mais precisamente, estudos sobre Autolesão Sem Intenção Suicida, ganharam importância apenas a partir do final da década de 1980 (Cipriano, Cella, & Cotrufo, 2017; Gholamrezai, De Stefano, & Heath, 2015; Walsh, 2012). O interesse surgiu, nas últimas décadas, por parte de estudiosos da área e também da população em geral, provavelmente em função da maior exposição do fenômeno na internet e do aumento da prevalência de casos nos consultórios e hospitais (Plener et al., 2016). O primeiro caso registrado, todavia deu-se ainda no século XIX, quando foi publicado um artigo sobre uma viúva maníaco-depressiva que, aos 48 anos, arrancara seus próprios olhos (Tunner, citado por Araújo et al., 2016).

Internacionalmente, pesquisadores da área consideram que o termo *automutilação* se refere tanto ao ato de se lesionar para tirar a própria vida como ao de se lesionar com outras intenções que não a de causar a própria morte. Esse termo, portanto, não caracteriza, de forma inequívoca, unicamente o comportamento em que há uma *lesão sem intenção suicida*, infligida pela pessoa no próprio corpo (Plener et al., 2016; Walsh, 2012; Whitlock & Lloyd Richardson, 2019).

A linguagem que se refere a comportamentos autolesivos, como cortar-se, queimar-se, bater em si mesmo ou contra a parede, arranhar-se, entre outros, vem sendo alterada desde a década de 1990. O termo mais utilizado, inicialmente, foi “automutilação” (*self-mutilation*); porém o que mais se popularizou foi “autolesão” (*self-injury*) ou “autolesão sem intenção suicida” (*nonsuicidal self-injury*) (Walsh, 2012). Outra terminologia encontrada com frequência é “autodano deliberado” (*Deliberate Self-Harm – DSH*), que inclui todas as formas de comportamento autolesivo, com ou sem intenção suicida, sendo um termo genérico, contemplando também atos como autoenvenenamento sem intenção suicida (Plener et al., 2016).

No Brasil, “automutilação” continua sendo o mais empregado (Araújo et al., 2016; Bernardes, 2015; Damous & Klautau, 2016; Ferreira, 2016; Giust, 2013; Santos, 2018; Vieira, Pires, & Pires, 2016). O termo significa, segundo o dicionário Aurélio (2014), “mutilação que

o indivíduo inflige a si mesmo”; por sua vez, no mesmo Aurélio, “mutilação é (1) retirada de uma parte do corpo, amputação; (2) remoção de um membro ou segmento do corpo; (3) ação ou efeito de mutilar ou de se cortar”. Ainda que existam episódios em que o indivíduo amputa alguma parte do próprio corpo, geralmente em crises psicóticas, essa particularidade é mais rara do que as autolesões mais brandas (Vieira, Pires, & Pires, 2016; Walsh, 2012).

A partir disso, tanto pessoas que se lesionavam como profissionais de saúde mental de outros países entenderam que o termo “automutilação” continha conotação pejorativa, depreciativa, sensacionalista e contribuía para estigmatizar quem aderiria ao comportamento autolesivo, o que resultou na mudança de terminologia para *self-injury* (autolesão), desde então mais empregada pelos especialistas. Outro argumento apontado refere-se à gravidade dos ferimentos causados em episódios de autolesão. Comumente, são superficiais e deixam nenhuma ou poucas cicatrizes, o que significa que não resultam em “mutilação” de parte do corpo do indivíduo (Walsh, 2012).

2.1 Conceito

O conceito de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) possui, mesmo com variações na forma, aspectos semelhantes de conteúdo que são centrais: dano a uma parte do corpo do próprio indivíduo, sem intenção suicida e não validado socialmente. Podemos, então, definir ASIS como o ato de, deliberadamente, ferir a si mesmo, que resulta em dano imediato ao tecido de uma parte do corpo, sem intenção suicida e não socialmente aprovado dentro da própria cultura, nem mesmo para exibição (Giust, 2013; Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011; ISSS, 2018; Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008; Nock & Favazza, 2009; Muehlenkamp, 2018; Plener et al., 2016; Walsh, 2006; Whitlock & Lloyd Richardson, 2019).

Certos aspectos embutidos nesse conceito merecem destaque. Além da baixa letalidade do ato da ASIS, destaca-se o aspecto que faz referência à intencionalidade do ato autolesivo, que ocorre de forma consciente, não acidental e que busca melhorar um estado de angústia, sem buscar a própria morte, que caracterizaria uma tentativa de suicídio (Walsh, 2012; Whitlock & Lloyd-Richardson, 2019). O comportamento autolesivo, ademais, não possui finalidade estética, como tatuagens e *piercings*, não sendo validado socialmente. Mesmo contendo algum tipo de significado para quem o pratica, a ASIS não é validada e não faz parte de rituais de passagem endossados em nossa sociedade (Plener et al., 2016; Walsh, 2012).

Diante do exposto, decidimos utilizar neste trabalho o termo que está alinhado com a literatura internacional (Klonsky et al., 2011; Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008; Nock & Favazza, 2009; Muehlenkamp, 2018; Walsh, 2006; Whitlock & Lloyd Richardson, 2019). *Nonsuicidal Self-Injury*, cuja sigla é NSSI, foi traduzido para Autolesão Sem Intenção Suicida, cuja sigla é ASIS, que doravante será utilizada. No Brasil, o trabalho de Fonseca, Silva, Araújo e Botti (2018) foi o único cujo título utiliza a expressão Autolesão Sem Intenção Suicida, mas não adotou a sigla ASIS.

2.2 Nomenclaturas

A diversidade de termos e seus significados referentes ao fenômeno da autolesão é objeto de preocupação dos pesquisadores (Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Varela, 2018; Klonsky et al., 2011; Walsh, 2012), como ilustrado no Tabela 1:

Tabela 1 - Termos e seus significados referentes ao fenômeno da autolesão

Termo	Semelhanças com ASIS	Diferenças da ASIS
Automutilação	Os comportamentos de ASIS são incluídos na concepção de automutilação.	Usado para incluir tentativas de suicídio e autolesão grave associada com psicose como amputação de membro; tem uma conotação mais pejorativa.
Autodano intencional	Usado para se referir aos mesmos comportamentos e definição da ASIS.	Usado para incluir comportamento suicida.
Parasuicídio	Usado para se referir aos mesmos comportamentos e definição da ASIS.	Usado para incluir comportamento suicida.
Corte no pulso	Inclui corte que atende a definição da ASIS.	Usado para incluir tentativa de suicídio realizada por corte no pulso; apenas um de muitos métodos em potencial da ASIS.
Autoabuso	Usado para se referir aos mesmos comportamentos e definição da ASIS.	Iguala ASIS com “abuso” da própria pessoa, que pode não ter uma conotação muito precisa ou útil.
Violência autoinfligida	Usado para se referir aos mesmos comportamentos e definição da ASIS.	Usado para incluir comportamento suicida ou outras formas de violências autodirecionadas

Nota. Fonte: Recuperado de “*Non-suicidal self-injury*,” de E. D. Klonsky, J. J. Muehlenkamp, S. Lewis e B. Walsh, 2011, p. 4

No Brasil, alguns estudos utilizaram o termo “escarificação”, do latim *scarificare*, que significa fazer uma incisão superficial na pele (Betron, 2010; Jatobá, 2010; Silva, 2011). Santos, Barros, Lima e Brasileiro (2018) afirmam que: “A literatura contempla um número significativo de terminologias a fim de tentar explicar o comportamento da automutilação, impossibilitando, em parte, o avanço no entendimento deste complexo fenômeno” (p. 120). A diversidade de nomenclaturas dificulta a compreensão do objeto de pesquisa, além de dificultar a produção de estudos epidemiológicos consistentes no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a prevenção (Flores-Soto et al., 2018; Guerreiro & Sampaio, 2013).

Segundo Muehlenkamp, Claes, Haver-Tape e Plener (2012), são dois os maiores obstáculos para a comparação da prevalência em estudos internacionais sobre Autolesão: diferentes metodologias de avaliação (amostras, instrumentos e prazos) e diferentes sistemas de classificação. Dois dos principais termos são usados em diferentes regiões: *Deliberate Self-harm - DSH* (autodano deliberado em tradução livre), é mais utilizado na Europa e Austrália, contemplando atos de autolesão com ou sem intenção suicida; *Nonsuicidal Self-injury* (Autolesão não suicida em tradução livre), é mais utilizado nos Estados Unidos e Canadá, e contempla, exclusivamente, atos de Autolesão Sem Intenção Suicida. Nesse sentido, existe a intenção por parte de uma parcela dos pesquisadores da área de uniformizar o conceito da ASIS (Flores-Soto et al., 2018; Plener et al., 2016; Walsh, 2012; Muehlenkamp et al., 2012). A Sociedade Internacional para Estudos de Autolesão (International Society for the Study of Self Injury [ISSI]) reúne vários desses estudiosos que trabalham para a uniformização conceitual.

2.3 ASIS e os Manuais de Diagnósticos

De acordo com Flores-Soto et al. (2018), a orientação no estudo do comportamento autolesivo, sujeito à definição de algum transtorno mental com o qual está relacionado, dificultou a identificação de suas características determinantes, uma vez que foi entendido a partir de aspectos do transtorno psicopatológico e não como uma entidade própria.

O trabalho de Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) traz uma importante discussão sobre a automutilação através do Manual Diagnóstico (CID). No CID-10, esta está

localizada no “F98.4 – Estereotipias motoras”, normalmente associadas a crianças com retardo mental, caracterizando um transtorno com movimentos intencionais, repetitivos, estereotipados, desprovidos de finalidade (e frequentemente ritmados), não ligado a um transtorno psiquiátrico ou neurológico identificado (bater a cabeça, esbofetear a face, colocar o dedo nos olhos, morder partes do corpo). Está mencionada também no “X60-X84 – Lesões autoprovocadas intencionalmente”, quais sejam: lesões ou envenenamento autoinfligidos intencionalmente; tentativa de suicídio; lesão autoprovocada por objeto contundente, por enforcamento, estrangulamento, entre outras.

O aumento das taxas de prevalência e preocupações clínicas relacionadas ao diagnóstico e tratamento da ASIS levaram à formulação de critérios para uma nova categoria de diagnóstico de Autolesão Sem Intenção Suicida na 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-V) (Angelotta, 2015; ISSS, 2018; Whitlock & Lloyd-Richardson, 2019). Os critérios definem ASIS como comportamento repetitivo (ocorrendo em mais de 5 dias em 1 ano), que modifica diretamente o tecido do corpo, sem intenção suicida e não validado socialmente. Entretanto, a ASIS foi colocada como um diagnóstico que requer mais pesquisas (American Psychiatric Association [APA], 2013).

O trabalho de Plener et al. (2016) apontou que:

Ainda há uma discussão em andamento sobre se a inclusão do ASIS no DSM-V é garantida ou não. Por um lado, a criação de uma categoria de ASIS pode impedir que os adolescentes sejam “rotulados” automaticamente como portadores de Transtorno de Personalidade *Borderline*, e reconhece o fato de que a autolesão pode ser realizada sem intenção suicida, o que pode levar a caminhos consensuais para desenvolvimento de tratamentos eficazes. Por outro lado, tem sido argumentado que uma distinção clara entre intenção não-suicida e suicida muitas vezes não é possível e que pode haver ambivalência em relação a essa questão. (p. 2)

Essa proposta, portanto, não foi validada para fins do DSM-V, ocasião na qual a decisão versou sobre a necessidade de mais pesquisas e evidências científicas para que a ASIS seja contemplada como transtorno mental próprio, e não mais como critério diagnóstico de outros transtornos, como o Transtorno de Personalidade *Borderline* (Whitlock & Lloyd-Richardson, 2019). O fato da ASIS não ter sido incluída como transtorno específico não sinaliza um desconhecimento dos editores do Manual acerca do assunto, nem que

desconsideraram a existência do comportamento. Sinaliza que evidências mais robustas são necessárias sobre a população que pratica ASIS, como deve ser definido o transtorno e que sintomas psicológicos ocorrem ao longo do tempo de prevalência do mesmo. De qualquer maneira, houve significativa evolução nessa discussão e, para a edição do DSM-VI, a possibilidade de ter a ASIS como transtorno diferenciado é concreta e passa pela uniformização da terminologia e da linguagem entre profissionais e clientes acerca do tema (Plener et al., 2016; Whitlock & Lloyd-Richardson, 2019).

2.3 Epidemiologia

A ASIS é um fenômeno frequente, com taxas de prevalência, de episódios repetidos ou episódio único, em torno de 18% em adolescentes de amostras comunitárias em todo o mundo; taxas mais altas em torno de 50% em amostras de crianças e adolescentes com internação psiquiátrica (Plener, Schumacher, Munz, & Groschwitz, 2015; Plener et al., 2016). A prevalência da ASIS varia em recortes geográfico e temporal, o tipo de instrumento utilizado para a coleta de dados e o público pesquisado, o que podemos observar na Tabela 2:

Tabela 2 - Prevalência ao longo da vida

Autor(es)/ano	Prevalência	Público	País
Baetens et al. (2011)	14%	adolescentes	Bélgica
Whitlock et al. (2011)	15%	adulto jovem	EUA
Cawood and Huprich (2011)	28%	adulto jovem	EUA
Chakraborty et al. (2011)	5%	adultos	Inglaterra
Klonsky et al. (2011)	6%	adultos	EUA
Sornberger et al. (2012)	24,5%	adolescents	EUA
Tresno, Ito, and Mearns(2012)	38.1%	adulto jovem	Indonésia
Aratangy (2017)	20%	população geral (estimado)	Brasil
Plener et al. (2016)	25 a 35%	população geral	Alemanha

Nota-se que as taxas variam, também, relacionadas à faixa etária da população pesquisada: adolescentes, adultos jovens, adultos ou população geral. O fato de encontrarmos a maioria dos estudos variando entre tais públicos se deve à grande prevalência da ASIS justamente nesses intervalos etários, com raros estudos realizados, por exemplo, na população idosa (Pompili, et al., 2015; Talafiero & Muehlenkamp, 2015). O estudo de Ammerman, Iacobacci, Kleiman, Uyeji e McCloskey (2018) concluiu que a idade de início da prática de ASIS é, em média, 13,9 anos e varia no intervalo entre cinco e 27 anos de idade. Isso sugere um aspecto para verificarmos que os ambientes acadêmicos são os preferidos pelos pesquisadores, quais sejam: escolas e universidades. Foi observada, por exemplo, uma significativa diferença nas estimativas de prevalência entre as amostras das universidades (20,2%) versus as amostras extraídas da comunidade (11,5%) (Cipriano, Cella, & Cotrufo, 2017; Swannell, Martin, Page, Hasking, & John, 2014; Talafiero & Muehlenkamp, 2015).

Importante ressaltar que o método utilizado na coleta de dados, além do tempo e espaço da pesquisa, revela dados diferentes na prevalência da ASIS. Estudos utilizando item único para resposta dicotômica (sim/não) mostraram uma prevalência da ASIS ao longo da vida de 12,5%, enquanto pesquisas que utilizaram múltiplos itens ou *checklists* sobre comportamento mostraram prevalência de 23,6%. Essa diferença representa uma taxa significativamente maior no uso de instrumento com múltiplos itens ou *checklists* (Bronw & Plener, 2017; Muehlenkamp et al., 2012). Outro estudo apontou 18% de prevalência de ASIS entre estudantes de 12 a 18 anos de idade (Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2013).

Neste sentido, a metanálise conduzida por Swannell et al. (2014), concluiu que metodologias diferentes utilizadas na coleta de dados resultaram em números também díspares sobre prevalência da ASIS. A média final do estudo mostrou: 17,2% entre adolescentes; 13,4% entre adultos jovens; 5,5% entre adultos. Crianças também relatam episódios de ASIS, com taxas menores que as outras faixas etárias, mas que requerem atenção por parte da família, escolas e profissionais de saúde.

Em relação a gênero, pesquisas recentes apontam para diferenças pequenas entre gêneros, algumas igualando as prevalências de ASIS ao longo da vida de homens e mulheres (Sara et. al., 2018). O trabalho de Swannell et al. (2014) apontou que a prevalência permaneceu mais alta para as mulheres (21,3% em média, na faixa entre 13,8 e 28,8%) do que

para os homens (17,8%, 10,1-25,6). Após o ajuste dos fatores metodológicos, entretanto, a diferença não foi significativa. Já no trabalho de Rodav Levy e Hamdan (2014), a prevalência da ASIS foi maior nas mulheres do que nos homens. Gonçalves (2016) observa que, entre brasileiros, há uma maior prevalência no gênero feminino, e que o fenômeno envolve também fatores socioculturais.

No Brasil, não há registros oficiais sobre ASIS, lacuna importante que demonstra a “invisibilidade” do fenômeno aos olhos do sistema público de saúde. Oliveira (2016) aponta que ainda existem poucos estudos brasileiros sobre o tema, o que dificulta ter uma noção mais precisa sobre os dados e seus possíveis recortes populacionais. O único registro encontrado foi mencionado por Aratangy (2017) e revela a taxa de 20% de prevalência de ASIS entre jovens brasileiros. Entretanto, não foi encontrada a fonte que referencia tal dado, observação feita, inclusive, pelo autor: “Até o momento, não existem estudos sobre automutilação na população brasileira e, por isso, é difícil afirmar com precisão qual a taxa de adolescentes brasileiros que sofrem com esse problema” (p. 20). De fato, o que precisamos concluir é que não é possível dar credibilidade a essa informação e continuamos, infelizmente, sem ter como estimar a gravidade dessa realidade no Brasil.

2.4 Métodos para a prática da ASIS

Os métodos usados na prática da ASIS são variados (Hornor, 2016; Rodav et al., 2014). O corte é apontado como o método mais frequente, de 70 a 90% dos casos; golpe, de 21 a 44%; queimadura, de 15 a 35% (Walsh, 2012). Plener et al. (2016) identificaram 22 métodos diferentes na prática da ASIS. Dentre eles, os mais frequentes com seus respectivos percentuais foram: corte, incluído em 94,7% dos estudos que especificam métodos, queimadura (78,9%), autogolpe (73,7%), coçar até ferir (58,9%), morder (50,5%), interferência de ferida (arrancar a casca) (48,4%) e bater a cabeça (46,3%). O trabalho de Ammerman et al. (2018) apontou que indivíduos que iniciam mais cedo a prática de ASIS usam um maior número de métodos do que aqueles que iniciam mais tarde, o que vai ao encontro de pesquisas anteriores, como a de Somer et al. (2015) e de Zetterqvist (2015).

Whitlock e Lloyd-Richardson (2019) listaram diversos métodos de ASIS:

- 1) Palavras ou símbolos esculpidos na pele
- 2) Cortar a pele
- 3) Coçar a pele até ferir
- 4) Queimar ou marcar a si mesmo
- 5) Friccionar a pele até queimar
- 6) Bater ou socar objetos ou a si mesmo com a intenção de se machucar
- 7) Bater em si mesmo com algum objeto
- 8) Morder parte do corpo
- 9) Arrancar o cabelo
- 10) Interferir na cura de uma ferida (pegando, arracando a casca)
- 11) Bater a cabeça (mais comum no autismo ou retardo mental)
- 12) Excesso de piercings ou *tatooining**
- 13) Enfiar objetos em baixo da pele
- 14) Rasgar a pele
- 15) Esfregar objetos pontiagudos na pele
- 16) Quebrar um osso (mais comum em surtos psicóticos)
- 17) Amputar um membro do corpo (mais comum em surtos psicóticos).

* Pode ser validado socialmente, mas também pode ser uma forma de ASIS, principalmente se o alívio de dor é uma das razões para realizar-se o ato.

2.5 Funções da ASIS

Uma das mais importantes variáveis no estudo da ASIS são as motivações alegadas pelos indivíduos para praticá-la, também denominadas “funções”. Nesse sentido, a pesquisa de Klonsky et al. (2011) observou 13 funções reveladas por jovens ao serem perguntados sobre o que os levou à prática da ASIS, com 39 itens.

Dessa forma, criou-se a escala ISAS (*Inventory of Statements About Self-injury*):

Tabela 3 – Escala ISAS

1) Regulação de Afeto	<ul style="list-style-type: none"> - [...] me acalmando. - [...] liberando uma pressão emocional que se acumulou dentro de mim. - [...] reduzindo ansiedade, frustração, raiva ou outras emoções insuportáveis.
2) Limites interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - [...] criando um limite entre eu e os outros. - [...] demonstrando que eu sou separado de outras pessoas. - [...] criando uma barreira entre eu e os outros.

3) Autopunição	<ul style="list-style-type: none"> - [...] me punindo. - [...] expressando raiva contra mim mesmo por ser inútil ou estúpido. - [...] reagindo por sentir infeliz ou enojado comigo mesmo.
4) Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - [...] me dando uma oportunidade de cuidar de mim (por cuidar da ferida). - [...] criando um ferimento físico que é mais fácil de se cuidar do que meu sofrimento emocional. - [...] me permitindo concentrar no tratamento do ferimento, o que pode ser gratificante ou satisfatório.
5) Antidissociação/ Geração de Sentimento	<ul style="list-style-type: none"> - [...] causando dor, então eu vou parar de me sentir anestesiado. - [...] tentando sentir algo (ao contrário de nada) mesmo que seja uma dor física. - [...] me certificando de que ainda estou vivo quando não me sinto real.
6) Antissuicídio	<ul style="list-style-type: none"> - [...] evitando o impulso de tentar suicídio. - [...] respondendo a pensamentos suicidas sem realmente tentar suicídio. - [...] interrompendo pensamentos suicidas.
7) Busca por sensações	<ul style="list-style-type: none"> - [...] fazendo algo para gerar empolgação ou euforia. - [...] me entretendo ou a outros fazendo algo extremo. - [...] testando meus limites de uma forma parecida ao paraquedismo ou outras atividades extremas.
8) Conexão com pares	<ul style="list-style-type: none"> - [...] conectando com meus colegas. - [...] me adaptando a outros. - [...] criando um sinal de amizade ou afinidade com amigos ou entes queridos.
9) Influência interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - [...] permitindo que outros saibam o tamanho da minha dor emocional. - [...] procurando cuidados ou ajuda de outros. - [...] evitando que um ente querido vá embora ou me abandone.
10) Dureza (fortaleza)	<ul style="list-style-type: none"> - [...] vendo se eu posso suportar a dor. - [...] demonstrando que sou duro ou forte. - [...] provando eu posso aguentar a dor física.
11) Marcas de angústia	<ul style="list-style-type: none"> - [...] criando um sinal físico de que eu me sinto horrível. - [...] me provando que a minha dor emocional é real. - [...] dando um significado ao sofrimento emocional que estou vivenciando.
12) Vingança	<ul style="list-style-type: none"> - [...] me vingando de alguém. - [...] me vingando contra os outros. - [...] tentando machucar alguém próximo a mim.
13) Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - [...] assegurando que eu sou auto-suficiente. - [...] demonstrando que não preciso depender de outros para ajudar. - [...] determinando que sou autônomo/independente.

Nota. Fonte: Recuperado de “Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)” de E. D. Klonsky e Catherine R. Glenn, 2017, p. 6.

De acordo com as pesquisas sobre funções da ASIS de Taylor (2018); Muehlenkamp e Brausch (2013), verifica-se que as intra-pessoais ocorrem em dobro das inter-pessoais, sendo a regulação de afetos (alívio da dor emocional) e autoflagelo (autopunição), as duas mais prevalentes, Figura 1:

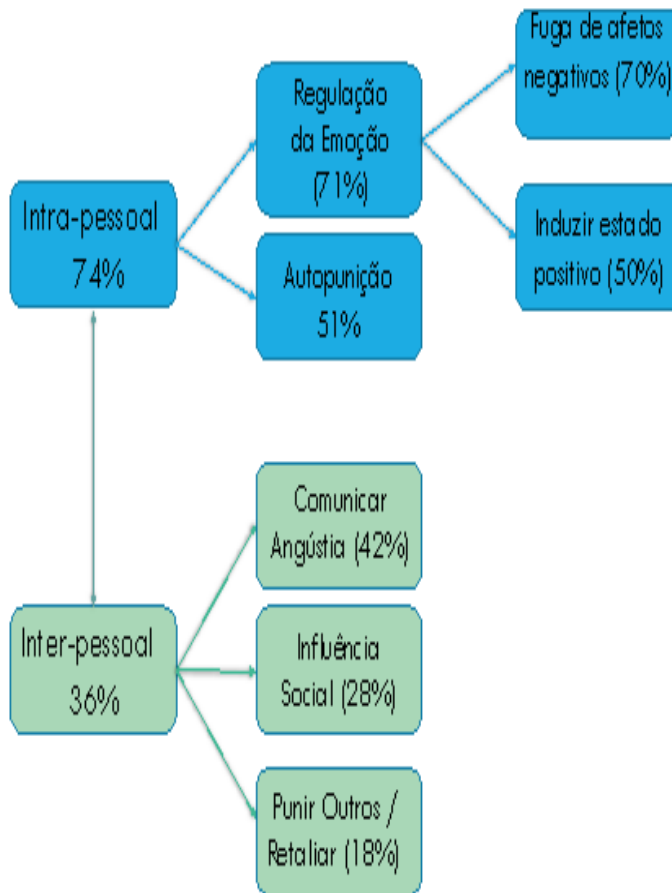


Figura 1. Funções da ASIS

Fonte: Recuperado de Taylor et al., 2018, e Muehlenkamp, Brausch, et al., 2013.

2.6 Relação entre ASIS e Ideação Suicida (CS)

ASIS e suicídio são fenômenos complexos e multideterminados. Ocorrem numa interação entre fatores biopsicosociais, aspectos cognitivos, ambientais, fisiológicos, interpessoais e afetivos (Klonsky et al., 2011; Muehlenkamp et al., 2013; Santos et al., 2018), como mostra a Figura 2:

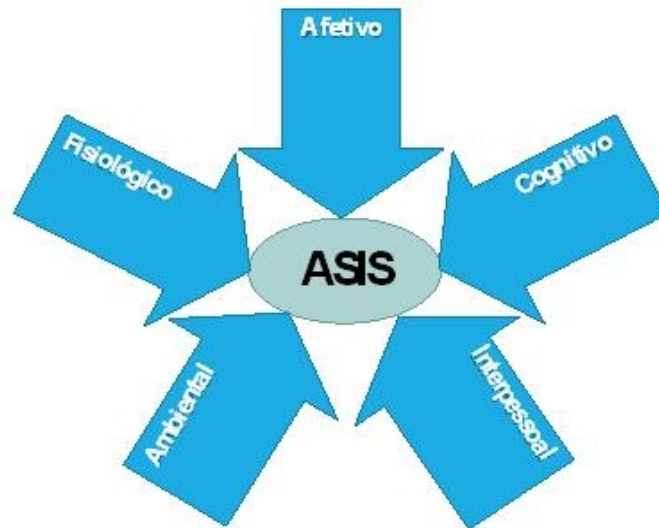


Figura 2. Fatores da ASIS e do Comportamento suicida

Fonte: Recuperado de Jennifer J. Muehlenkamp (comunicação pessoal, 24 de agosto de 2018).

A relação entre ambos os objetos deste estudo, ASIS e Ideação Suicida, é de grande relevância para questões de manejo clínico e saúde pública (Guan, Fox, & Prinstein, 2012; Muehlenkamp, 2018).

A maioria dos pesquisadores da área afirma que a ASIS é um importante fator de risco para o comportamento suicida (Flores-Soto et al., 2018; Guerreiro & Sampaio, 2013; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012; Plener et al., 2016; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015), com uma correlação significativa entre histórico de ASIS e histórico de tentativas de suicídio (Andover & Gibb, 2010). Com relação ao suicídio, foi demonstrado que há um risco de suicídio significativamente maior em indivíduos que se apresentam em um pronto-socorro com episódios de ASIS (Hawton et al., 2015).

Montenegro (2005) analisou vários conceitos de comportamento suicida no seu trabalho de mestrado, o que ficou aparente é a existência da ideia de *continuum*, pressuposto da definição de Werlang e Botega (2004), utilizada neste trabalho. Há que se ressaltar a complexidade de definir ou estabelecer a intencionalidade e a consciência do ato.

Nas várias diferenças entre ASIS e Comportamento Suicida (CS), a “intenção” (intencionalidade) é a mais importante para sabermos qual é o comportamento apresentado. Segundo Walsh (2012), ao contrário da intenção suicida de cessar a consciência, os que

praticam ASIS tem a intenção predominante de aliviar sentimentos dolorosos. São duas as categorias de dores psicológicas a serem atenuadas destacadas pelo autor: 1) na grande maioria, pessoas que querem o alívio de “emoções demasiadas” (raiva, vergonha, culpa, ansiedade, tensão ou pânico, tristeza, frustração e desprezo; 2) uma minoria de pessoas que querem o alívio de poucas emoções ou estados de dissociação (sensação de vazio, estar morto, ser um robô), ou seja, querem fugir do estado de entorpecimento, de não ter sentimentos.

Além da intenção de causar ou não a própria morte, outras diferenças são evidenciadas entre ASIS e comportamento suicida, mais precisamente com tentativa de suicídio (TS): o dano médico é maior em episódios de TS do que em ASIS; porém, a frequência é maior em ASIS do que em TS; enquanto a letalidade é bem maior na TS do que na ASIS (Klonsky et al., 2011). Embora as pesquisas apontem que a ASIS e o comportamento suicida sejam díspares em intenção, frequência e letalidade, os especialistas mostraram que os dois tipos de comportamento geralmente ocorrem de forma simultânea. Apesar da co-ocorrência da ASIS e comportamento suicida, no entanto, pouca atenção tem sido dada a respeito de porquê esses comportamentos autolesivos podem estar ligados (Hamza et al., 2012).

A maior quantidade de métodos utilizados na ASIS, mais do que a frequência dos episódios, prediz um maior histórico de comportamento suicida (Lopes et al., 2017). O comportamento de ASIS aliado a tentativas prévias de suicídio levam o indivíduo a aumentar a capacidade de fazer outra tentativa no futuro, predispondo-o ao aumento da chance de morte por suicídio. O hábito de desafiar o instinto humano de sobrevivência é adquirido, principalmente, quando a pessoa adere à prática de comportamentos autodestrutivos, concluindo-se que o indivíduo com histórico de ASIS apresenta um risco elevado de cometer suicídio (Joiner, Ribeiro, & Silva, 2012). No estudo de Ward-Ciesielski, Schumacher e Bagge (2016), a ASIS foi associada a características de tentativa de suicídio, sinalizando a relevância do conhecimento da ASIS na avaliação, prevenção e tratamento do comportamento suicida.

Suicídio e ASIS são comportamentos que contém associações, suscitando a necessidade de cuidado ao abordar os dois temas (Guerreiro & Sampaio, 2013). A maioria dos atos de ASIS não são acompanhados por comportamento suicida; entretanto, as evidências sugerem que quem pratica ASIS está mais sujeito a tentar suicídio do que aqueles que não praticam. Vale destacar que a ASIS está relacionada a dois importantes fatores de risco para o suicídio: 1) a experiência de sofrimento emocional, e 2) a experiência de infligir dor e lesão a

si mesmo. Ou seja, a presença de ASIS aumenta a probabilidade de que alguém possa fazer uma tentativa de suicídio, ratificando a necessidade de se considerar a ASIS como um importante fator de risco para o suicídio (Klonsk et al., 2011).

Um estudo longitudinal realizado com 1.466 estudantes de cinco colégios norte-americanos mostrou que a ASIS precede ou ocorre simultaneamente com o suicídio em 61,6% dos episódios (Whitlock et al., 2013). Foram identificados fatores que sinalizam o risco de evoluir da ASIS para suicídio na amostra analisada. O risco de comportamento suicida é antecedido por mais de 20 episódios de ASIS ao longo da vida e por histórico de transtornos mentais. As variáveis que mostraram diminuição do comportamento suicida foram a busca de “sentido na vida” e “pais mais próximos e participativos”. Nesse sentido, a ASIS pode ser uma “porta de entrada” para o suicídio, além de diminuir a inibição para o ato suicida através do hábito de se lesionar (Whitlock et al., 2013).

2.6.1 Diferenças entre ASIS e Comportamento Suicida

A relação entre ASIS e comportamento suicida é complexa, objeto de muitas pesquisas e evidências (Alasaarela et. al., 2017; Gooding et. al., 2015; Hamza, et al., 2012; Klonsky et al., 2011; You & Lin, 2015; You & Lin, 2015; Nock & Kessler, 2006; Mbroh et al., 2018; Pompili et. al., 2015; Whitlock & Lloyd-Richardson, 2019). Os trabalhos que versam sobre essa relação, apontam diferenças entre ASIS e suicídio. Um deles é a obra de Walsh (2012), onde há uma seleção de 11 aspectos que diferenciam os dois fenômenos:

- a) *Prevalência*: a prevalência de ASIS é superior à de suicídio. Por exemplo, nos Estados Unidos, é 40 vezes maior, aponta o autor. No Brasil, não temos estudos epidemiológicos que sustentem as taxas de ASIS na população geral, razão pela qual não se pode atestar o quanto é superior à taxa de suicídio (5,6 casos de suicídio para cada 100.000 habitantes, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, 2018).
- b) *Intenção suicida*: a diferença básica da intencionalidade dos dois comportamentos é o objetivo principal: no suicídio, o indivíduo quer eliminar uma dor que julga insuportável de forma definitiva, enquanto na ASIS a motivação é melhorar o estado

- de angústia, e não terminar de vez com o estado de consciência. É uma busca por modificar o estado de dor emocional, sentimentos como raiva, culpa, ansiedade, tensão, tristeza, frustração, entre outros afetos intoleráveis.
- c) *Método e níveis relativos ao dano físico e potencial de letalidade*: no suicídio, a variedade de métodos é menor do que na prática da ASIS. O autor destaca um estudo do Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos (CDC, 2010) que listou seis métodos usados para o suicídio (arma de fogo, enforcamento, envenenamento, precipitação de altura, arma branca e se jogar em frente a veículos e trens). No entanto, os métodos usados na ASIS são em número muito maior, chegando a 22 no estudo de Plener et al. (2016). Os potenciais do dano e de letalidade são superiores nos casos de suicídio, e uma das razões é que o objetivo é a morte.
 - d) *Frequência do comportamento*: episódios de ASIS ocorrem numa frequência maior do que casos de suicídio. O autor destaca que adolescentes podem fazer de 20 a 30 episódios de ASIS por ano, por exemplo, diferentemente do número de tentativas de suicídio que ocorrem em escalas bem menores.
 - e) *Nível de dor psicológica*: o nível de dor psicológica em uma pessoa que pensa em suicídio é mais intensa do que no indivíduo que pratica ASIS, quando a dor é também intensa e causa desconforto, mas não a ponto de querer acabar com a própria vida.
 - f) *Constricção cognitiva*: a constricção cognitiva é mais presente no comportamento suicida, que também leva ao pensamento dicotômico e à ambivalência. No caso da ASIS, o processo leva a um pensamento desordenado, mas não a uma constricção.
 - g) *Desesperança e desamparo*: são dois sentimentos presentes no comportamento suicida, dois importantes fatores de risco, o que não ocorre da mesma forma em quem pratica ASIS.
 - h) *Múltiplos métodos*: a pessoa que faz tentativas de suicídio, normalmente, usa o mesmo método. Pessoas que praticam ASIS, ao contrário, na sua maioria, usam mais de um método.
 - i) *Desdobramentos de um episódio de ASIS e de uma Tentativa de Suicídio*: quando alguém sobrevive a uma tentativa de suicídio, normalmente, os relatos são de que se sentem mal por não terem conseguido o objetivo de tirar a própria vida. Em contrapartida, após um episódio de ASIS o sentimento é de se sentir melhor, mais

aliviado da angústia que antecedeu o ato.

- j) *Restrição de meios*: a estratégia de dificultar o acesso aos meios pelos quais alguém pode fazer uma tentativa de suicídio (eliminar venenos, armas de fogo, et.) é considerado eficaz. No entanto, no caso da ASIS esta não é recomendável, não há evidências de que seja uma estratégia interessante.
- k) *O problema central*: no caso do indivíduo com comportamento suicida, a questão central é uma combinação de afetos intoleráveis que levam ao sofrimento grave, ao desespero e ao suicídio. Já em muitos casos dos que praticam ASIS, se apresentam problemas com a imagem corporal, como também experiência de estresse, pensamentos negativos sobre si com influência do meio externo, como de colegas da escola e da internet.

O gráfico de Muehlenkamp (2018), Figura 3, ilustra as diferenças entre ASIS e Tentativa de Suicídio:

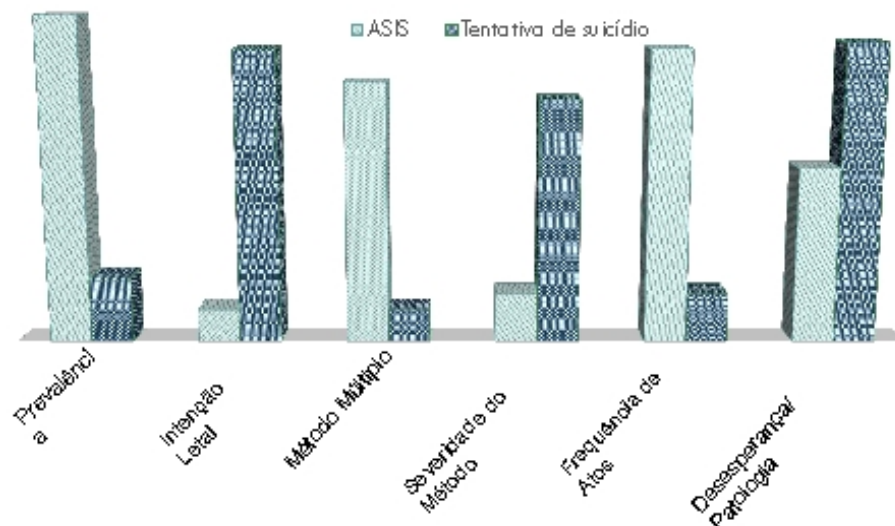


Figura 3. ASIS vs. Suicídio

Fonte: Recuperado de Jennifer J. Muehlenkamp (comunicação pessoal, 24 de agosto de 2018).

Whitlock e Lloyd-Richardson (2019) corroboram vários aspectos citados anteriormente, destacando a intencionalidade, nível de dor psicológica, frequência, desdobramentos, constrição cognitiva e níveis de dano e letalidade. que, ao tratar de comportamentos autodestrutivos, é importante observar os pontos discutidos acima, e diferenciar, em nível de avaliação e plano de tratamento, o que envolve comportamento suicida ou é, exclusivamente, ASIS.

2.7 Justificativa

Internacionalmente, de acordo com Plener (2016), os estudos científicos sobre ASIS ganharam relevância nas últimas décadas. Entretanto, no Brasil são raríssimas as iniciativas nesse sentido, conforme demonstraremos no estado da arte descrito neste capítulo. Oliveira (2016), na mesma direção, comenta que os trabalhos brasileiros nessa área, são escassos. Com o objetivo de verificar a produção acadêmica e científica no Brasil acerca do tema automutilação e sua relação com comportamento suicida, realizou-se uma busca em bases de dados nacionais. Com os dois temas associados, nenhum trabalho foi encontrado (vide capítulo 2).

Na ausência de dados oficiais, científicos e consistentes, percebe-se uma lacuna de conhecimento deste tema, o que leva a uma série de questionamentos nas mais diversas regiões brasileiras: qual a prevalência do fenômeno? Qual a relação de gênero? A ASIS é o mesmo que comportamento suicida? Quais estratégias para manejo e quais parâmetros clínicos devem ser observados a partir desta demanda? O que querem aqueles que praticam ASIS (quais as funções da ASIS)? O que fazer diante da percepção de aumento da prevalência da ASIS em ambiente escolar? A ASIS pode ou deve ser caracterizada desde já como problema de saúde pública?

Acerca desse último questionamento, a ASIS, especialmente entre adolescentes e adultos jovens, necessita ser objeto de mais estudos no Brasil, pois percebe-se uma prevalência crescente, sugerindo que atualmente se constitui em problema importante de saúde pública (Flores-Soto et al., 2018; Santos, 2018). Estudos voltados para uma melhor caracterização e compreensão do fenômeno, assim como a identificação de aspectos socioculturais específicos do nosso povo que possam ter influências peculiares em nosso

contexto (relações familiares; dinâmica escolar; questões de gênero; elementos relativos a classes sociais; entre outros). Destaca-se que trabalhos qualitativos devem ser realizados por trazerem elementos importantes que os puramente qualitativos não revelam. Há que se trabalhar no sentido de produzirmos ambas as abordagens. Por consequência, a saúde pública estará mais abastecida de estudos para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para intervenções e, principalmente, para a prevenção do fenômeno.

A relevância deste trabalho se baseia, afora os aspectos citados acima, na hipótese de que no Brasil, assim como demonstrado na literatura internacional, haveria uma importante relação entre ASIS e ideação suicida. Assim, a dimensão do problema aumentaria de um comportamento de risco para um concreto risco de morte. Isso quer dizer que indivíduos que praticam ASIS possam vir a ter comportamento suicida concomitante; portanto, é imperativo o fomento de pesquisas que coloquem destaque nesta área na medida requerida pelo assunto.

2.8 Objetivos

O objetivo principal desta pesquisa é verificar a relação entre ASIS e comportamento suicida entre jovens estudantes de escola pública na cidade de Teresina – Piauí.

Como objetivos específicos, buscamos:

- 1) Identificar os fatores de risco e proteção para a prática da ASIS entre jovens estudantes de escola pública na Cidade de Teresina - PI;
- 2) Verificar a ocorrência simultânea de comportamento suicida na prática da ASIS entre jovens estudantes de escola pública na cidade de Teresina – PI.
- 3) Caracterizar os detalhes da prática da ASIS (função, local, contágio, método, presença de dor, frequência) entre jovens estudantes de escola pública na cidade de Teresina – PI.

Pelo exposto, verifica-se a relevância em se fomentar estudos brasileiros sobre o fenômeno ASIS, assim como outros que relacionem ASIS e ideação suicida. O capítulo seguinte torna evidente tal necessidade, na medida em que apresenta os resultados das buscas desse tema na literatura nacional.

3 Busca Sistemática na Produção Nacional dos Termos Correlatos de Suicídio e Autolesão

O objetivo desta revisão foi verificar, na literatura nacional, estudos que relacionassem ASIS e comportamento suicida. Levou-se em consideração trabalhos publicados em outros idiomas, desde que envolvessem alguma instituição ou autor brasileiros.

Para uma busca sistemática em função deste objetivo, focamos na intersecção dos termos correlatos de “suicídio” e de “autolesão” (em 10 de fevereiro de 2019). Iniciamos pela busca dos termos “suicídio” e “suicida”. Estes termos são bem consolidados na literatura, e todas as expressões conceitualmente vinculadas a estes dois termos os emprega como “suicidalidade”, “comportamento suicida” ou “tentativa de suicídio” (acentuação ou cedilhas não são relevantes nas buscas). Esses e outros termos associados ao tema, portanto, já estariam incluídos na busca mais ampla. Os termos ligados à “autolesão” são mais variados e não há um consenso estabelecido em relação a como se referir ao fenômeno. Estes são, por vezes, usados como sinônimos e, em alguns deles, com variações de significados e aplicações. Os termos mais comuns, além de “autolesão”, são: “automutilação”, “escarificação”, “comportamento autodestrutivo”, “violência autodirigida” ou, ainda “violência autoinfligida”. A forma sintética de busca nas bases emprega asteriscos para indicar todos os derivados de um radical: por exemplo, a expressão “*suic**” contempla todos os seus derivados, como “suicídio”, “suicida”, “suicidalidade”; “*autoles**” contempla “autolesão”, “autolesivo”, “autolesionar-se”, entre outros; assim como “*escarific**” contempla “escarificação”, “escarificado”, entre outros derivados

Nosso interesse na busca por conhecer a produção brasileira acerca do tema nos levou à pesquisa em três bases nacionais: Catálogo de Teses e Dissertações (Capes, <http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses>); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, <https://bvsa.org/>); e Scientific Electronic Library Online (SciELO, <http://scielo.org>). As bases da BVS e da SciELO acessam a produção nacional (em português e outras línguas) e também a internacional. Com foco na produção brasileira, aplicamos o filtro específico “Coleção Brasil”, nas bases da BVS e da SciELO; assim como na busca avançada na base Periódicos Capes utilizamos o filtro “SciELO Brasil” (não há filtro BVS Brasil na base Periódicos Capes). Apesar da aparente redundância em relação à Coleção SciELO Brasil, em duas bases, essas usam algoritmos diferentes, gerando resultados diferentes, justificando,

assim, a estratégia. Dada a relativa novidade dessa área de investigação, e interessando-nos em conhecer o seu surgimento e estabelecimento enquanto área legítima de investigação no Brasil, decidiu-se não aplicar filtros por ano nessa fase da busca, assim como não foram aplicados filtros por gênero, raça ou idade.

Cada um dos termos foi investigado nas três bases a partir da aplicação dos filtros mencionados. Essa busca e seus resultados estão apresentados na Tabela 1, que apresenta as combinações desses termos nessas três bases. A Tabela 4 apresenta as combinações desses termos especificamente na base Periódicos da CAPES com o filtro “SciELO Brasil”.

Tabela 4 - Combinação de termos correlatos de suicídio e autolesão

Combinações de Termos	Capes	BVS Brasil / Filtro Coleção Brasil	SciELO Brasil / Filtro Coleção Brasil
suic*	2809	139.329/631	2230/843
autoles* OR automutila* OR “comportamento autodestrutivo” OR escarifica* OR “violência autodirigida” OR “violência autoinfligida”	118503	6.970/23	20/8
suic* AND (autoles* OR automutila* OR “comportamento autodestrutivo” OR escarifica* OR “violência autodirigida” OR “violência autoinfligida”)	0	6.962/23	14/5

Tabela 5 - Combinação de termos correlatos de suicídio e autolesão na Coleção CAPES Periódicos com filtro SciELO Brasil

Combinações de Termos: CAPES Periódicos com filtro SciELO Brasil	Capes
suic* AND (autoles* OR automutila* OR “comportamento autodestrutivo” OR escarifica* OR “violência autodirigida” OR “violência autoinfligida”)	2204/29

A busca por todos os termos relacionados a “suicídio” e “autolesão”, em conjunto, resultou em: **nenhum** trabalho no Catálogo de Teses e Dissertações, **23** trabalhos na Coleção Brasil da Biblioteca Virtual em Saúde, e **5** trabalhos na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO, <http://scielo.org>). A busca avançada na base Periódicos Capes com o filtro “SciELO Brasil” gerou **29** resultados. Avaliando o conjunto desses resultados, desconsiderando as repetições, chegamos a **51** trabalhos que de alguma forma utilizam os termos correlatos de “suicídio” e “autolesão” nos campos de busca das referidas bases. Esta estratégia de busca está representada na Figura 4.

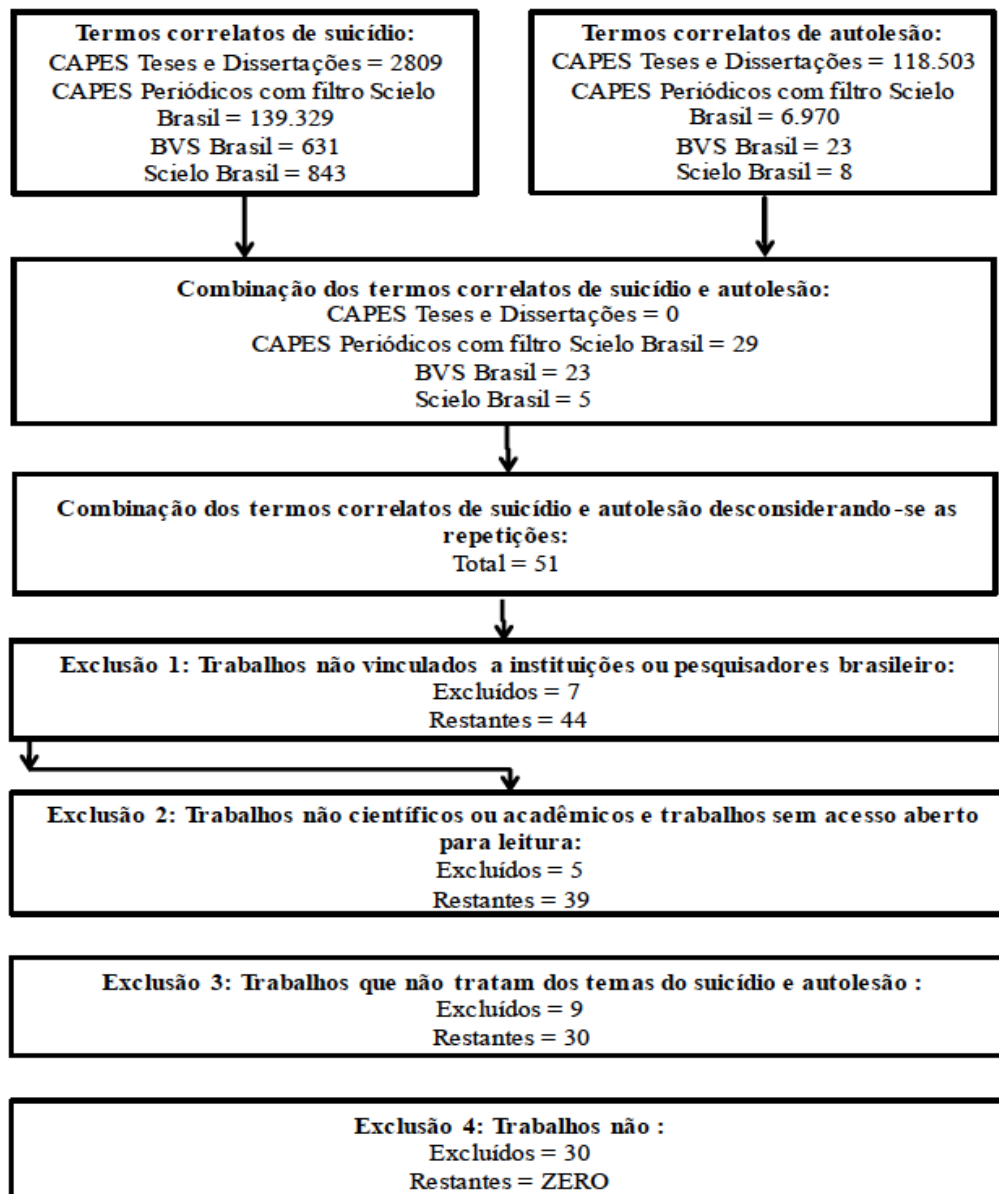


Figura 4. Etapas da busca sistemática e dos critérios de exclusão

Para verificar a adequação desses 51 textos, prosseguiu-se com uma análise qualitativa, avaliando os temas, conteúdos e informações relevantes que os trabalhos trazem para o tema central desta tese. A análise permitiu aplicar os critérios de exclusão, bem como classificar os trabalhos quanto aos seus objetivos e resultados. As exclusões também estão representadas na Figura 3.

Exclusão 1: a priori não nos interessava estudos que não representassem produção brasileira, ou seja, que não envolvessem instituições ou pesquisadores brasileiros. Sete trabalhos apresentavam esta característica e foram excluídos, restando 44 estudos.

Exclusão 2: os textos de interesse para esta pesquisa deveriam ser em forma de artigo científico, tese ou dissertação com acesso aberto. Dois textos não apresentaram esses formatos, sendo um em forma de pergunta e resposta sobre como o agente de saúde deveria proceder diante de paciente com ideação suicida, inclusive sem nome de autor. Outro em formato de manual, tratando da vigilância de lesões. Outros três trabalhos não tinham acesso aberto à leitura: Análise Empírica Fenômeno da Autodestrutividade Latente (1991); Comportamentos Autolesivos: contribuições da análise do comportamento (1989); Comunicações Indiretas da Intenção Suicida (1987). Após as tentativas frustradas para encontrar esses textos, através dos programas de busca em bases de dados, foi feita uma última tentativa junto à Biblioteca Central da UnB (Universidade de Brasília), cuja resposta apontou que “algumas revistas foram descontinuadas e os trabalhos solicitados não constam no nosso acervo físico e nem nas bases de dados digitais”.

Assim, restaram 39 trabalhos atendendo aos critérios de formato do texto e acesso aberto à leitura.

Exclusão 3: a partir da leitura de títulos e resumos dos trabalhos restantes, buscou-se a exclusão dos textos que não tinham alguma ligação direta com os temas relacionados a suicídio e autolesão. Estes, apesar de mencionarem alguns dos termos correlatos a suicídio ou autolesão, no corpo do texto, não tratam do fenômeno de interesse deste estudo. Nove trabalhos apresentaram essa característica e foram, portanto, excluídos, resultando no número de 30 textos enquadrados nos critérios do escopo de nosso trabalho. Um destes textos excluídos, por exemplo, tratava de questões culturais africanas.

Exclusão 4: um último critério foi utilizado para verificar a adequação dos textos ao objetivo principal da pesquisa: a utilização do termo “suicídio” e seus derivados, em associação direta ao termo “autolesão” e seus derivados. Para tal verificação, foi realizada a leitura de todos os 30 trabalhos, mesmo alguns sendo muito antigos (seis trabalhos foram publicados até o ano de 1999; três publicados no intervalo entre 2000 e 2009; 21 publicados a partir de 2010). Após a apreciação de cada um dos textos, **nenhum** deles associou os fenômenos “suicídio” e “Autolesão Sem Intenção Suicida”.

Apresentaremos, a seguir, uma análise dos assuntos principais desses 30 artigos, relacionados na Tabela 6.

Tabela 6 – Análise do assunto principal dos 30 trabalhos restantes

Título	Autor(es) / Ano	Assunto principal
Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas	Arcoverde, R. L. & De Castro Soares, L.S.L. (2012)	Correlação entre condutas autolesivas e problemas no circuitos cerebrais pré-frontais.
Suicídio de homens idosos no Brasil	Souza Minayo, M.C. et al. (2012)	Fatores que levam ao suicídio de homens idosos no Brasil.
Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil 2002-2013	Monteiro, R. A. et al. (2015)	Descrever as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente entre 2002-2013.
Prevalências de ideação suicida, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional	Botega, N. J. et al. (2009)	Estimar as prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio ao longo da vida da população.
Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta	Lira, M.O.S.C. et al. (2017)	Compreender como repercute na vida adulta de mulheres o abuso sexual sofrido na infância.
Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilação	Cedaro, J.J. & Nascimento, J. P. G. (2013)	Verificar a função da autolesão provocada na dinâmica psíquica das pacientes.
Risk factors associated with suicides in palmas in the state of Tocantins, Brazil, between 2006 and 2009 investigated by psychosocial autopsy	Sena-Ferreira, N.;Boechat-Barros, R & Bastos Figueiredo, A. (2014)	Análise e descrição dos fatores de risco para o suicídio, baseando-se em aspectos de dinâmica familiar e social, cultura e estrutura econômica.

continua

continuação

Título	Autor(es) / Ano	Assunto principal
Ideação suicida, resolução de problemas, expressão da raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas	Martins de Almeida, R.M.; Stephanus Flores, A.C. & Scheffer, M. (2013)	Comparação de funções executivas e de expressões emocionais e comportamentais de dependentes de substâncias psicoativas com não dependentes, associando-se com ideação suicida.
Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil	Camargo, F.C et al. (2011)	Verificação da taxa de mortalidade por suicídio e que fatores de risco estavam associados a isso.
Prevalência e fatores de risco associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura	Moreira, L.C. & Bastos, P.R.H. (2015)	Verificação da taxa de suicídio entre adolescentes e os principais fatores de risco associados.
O psicoterapeuta diante do comportamento suicida	Fukumitsu, K.O. (2014)	Definição de possibilidades de estratégias terapêuticas e instrumentalização para o terapeuta que lida com pacientes em crise suicida.
Self-harm throughout all life cycles: profile of victims using urgent and emergency care services in Brazilian state capitals	Pinto, L. (2017)	Caracterização do perfil de vítimas de lesões autoprovocadas, atendidas em serviços de urgência e emergência nas capitais brasileiras.

continua

continuação

Título	Autor(es) / Ano	Assunto principal
The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence	Assis, S.G. (2009)	Análise da situação de saúde mental e violência contra crianças e adolescentes.
Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: Manual de Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa	Figueiredo, A.E.B. (2014)	Pontuação dos principais pontos acerca do que deve ser feito para que idosos tenham uma boa qualidade de vida.
Bodies in rebellion and suffering-resistance: adolescents in conflict with the law	Vicentin, M. (2011)	Análise de casos de adolescentes em conflito com a lei, observando diversas condições de sofrimento dos mesmos.
Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários	Olivier, M.; Storch-Perez, C. & Da Costa Fernandes Behr, S. (2011)	Observação de aspectos emocionais e comportamentais de bancários que retornaram ao trabalho após licença médica (estresse e depressão).
Social processes of victimization in prisons	Paes-Machado, E. (2013)	Verificação de violências sofridas por encarcerados numa prisão da Bahia.
Comportamento suicida em idosos institucionalizados: histórias de vida	Souza Minayo, M.C. (2017)	Resumo de 16 histórias de vida de idosos e idosas residentes em nove instituições de Longa Permanência no Rio de Janeiro.

continua

continuação

Título	Autor(es) / Ano	Assunto principal
Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência	Veloso, C. et al. (2017)	Caracterização de casos de violência autoinfligida (tentativa de suicídio) que deram entrada nos serviços de urgência e emergência em Teresina (idade, escolaridade, zona de ocorrência, agentes utilizados).
Suicide risk in cocaine addicts with a current depressive episode: feelings and experiences	Rocha, C. N. et al. (2015)	Verificação de experiências e sentimentos de usuários de cocaína e a relação entre a adicção e o suicídio.
Tentativas de suicídio: uma análise de contingências	Figel, F.C.; Menegatti, C. L. & Pinheiro, E. P. N. (2013)	Compreensão dos possíveis fatores desencadeantes e das consequências para o indivíduo de uma tentativa de suicídio, pela ótica analítico-comportamental.
O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio	Fukumitsu, K.O. (2013)	Compreensão do processo de luto de filhos que perderam pais por suicídio.
Vivência de dor e pulsão de morte na teoria freudiana do aparelho psíquico e das neuroses	Caropreso, F. & Monzani, L.R. (2012)	Discussão de modificações nas hipóteses freudianas sobre constituição do aparelho psíquico e a etiologia das neuroses.

continua

continuação

Título	Autor(es) / Ano	Assunto principal
Autodestrutividade na adolescência: entre repetição e elaboração	Ruggiero, I. (2007)	Análise de caso de adolescente que desenvolveu compulsão sexual, manifestando problemas de ordem familiar de forma autodestrutiva.
O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica	Feijó, R.B. et al. (1996)	Caracterização de tentativas de suicídio de adolescentes, com um perfil traçado e fatores de risco evidenciados.
Organizações narcisistas: alguns aspectos técnicos	Calich, J.C. et al. (1993)	Identificação de como pacientes com narcisismo destrutivo relacionam-se consigo mesmo e com o analista.
Anorexia nervosa: querem que eu viva?	Falceto, O. G. et al. (1993)	Entendimento da anorexia nervosa como comportamento suicida.
Comportamentos suicidas na infância e adolescência	Cassorla, R. M. S. (1987)	Revisão e discussão de aspectos relativos a comportamentos suicidas na infância e adolescência.
Jovens que tentam suicídio: antecedentes mórbidos e de condutas autodestrutivas: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais	Cassorla, R.M.S. (1984)	Verificação das condições mentais de grupos de jovens suicidas, em comparação com grupos-controle, observando que no grupo de suicidas foi maior o número de internações e doenças psicossomáticas.

continua

continuação

Título	Autor(es) / Ano	Assunto principal
Atuações psicoterápicas diante da ameaça de suicídio	Bastos, O. (1983)	Observação dos aspectos relevantes na psicoterapia com pacientes suicidas e a discussão que isso acarreta na atitude do analista.

conclusão

Portanto, apesar de 51 textos conterem termos associados a suicídio e autolesão, somente 30 tratavam dos fenômenos ligados aos termos suicídio e autolesão. Porém, apesar de se referirem ao suicídio e à autolesão, nenhum deles estabeleceu uma conexão direta da relação entre esses dois fenômenos. Por exemplo, uma relação de incidência de um na presença de outro. Dessa maneira, observa-se que na literatura brasileira os trabalhos que tratam da ASIS são escassos, ainda mais quando da associação entre ASIS e Ideação Suicida, reforçando a importância de trabalhos nessa direção, visto que ASIS é fator de risco para Ideação Suicida. Uma observação notável é que a busca dos termos relacionados à escarificação (“*escarific**”) resultou em uma grande quantidade de trabalhos, entre teses, dissertações e artigos publicados nessas bases (777 Catálogo de Teses e Dissertações; 13 na BVS; 475 na Scielo). Contudo, a busca da conjunção desses dois termos (“*suic**” AND “*escarific**”), não resultou em nenhum trabalho nessas bases. Constatou-se também que muitos estudos trazem os termos “lesão autoprovocada”, “violência autoinfligida” e “autolesão”, tratando, porém, exclusivamente de casos de suicídio ou tentativas de suicídio, por haver intenção deliberada do indivíduo de causar a própria morte, não estando, portanto, relacionados com ASIS. Não encontrar qualquer estudo que correlacionasse ASIS e Ideação Suicida reforça a relevância deste trabalho para o fomento de outros estudos que abordem os dois fenômenos inter-relacionados.

Sendo assim, o passo seguinte foi estabelecer o método da pesquisa.

4 Método

Método é a trajetória planejada e percorrida durante a realização de uma pesquisa. É possível entender o método, metaforicamente, como uma bússola que orienta um aventureiro em busca de solução para um problema por caminhos nem sempre lineares. Em meio a essa jornada, os caminhos percorridos, os objetos encontrados e os lugares visitados fazem parte do processo (análise) que o leva a seu destino. Uma vez lá, ele poderá enunciar em que medida seu objetivo foi atingido, se integral ou parcialmente. Por fim, esse aventureiro deve deixar suas observações e conclusões registradas para que outros aventureiros possam avançar por caminhos semelhantes, ou de forma mais segura ou buscando novas metas. Em pesquisa, alguns aspectos precisam ser definidos: o problema, seus objetos, as questões norteadoras, a abordagem, os meios (procedimentos, instrumentos), o contexto, a amostra, os procedimentos de coleta e a estratégia para a análise de dados.

O contexto atual das escolas brasileiras apresenta desafios que não existiam há poucas décadas. Hoje, a escola tornou-se o *locus* em que crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo. Pode-se argumentar que diversos fatores contribuíram para esse fenômeno, impactando nas escolhas e necessidades dos pais e seus filhos. O mercado tornou-se mais competitivo, exigindo mais investimento em qualificação profissional e/ou jornadas de trabalho mais longas; somando-se ao tempo necessário para locomoção e gestão doméstica. A dificuldade dos pais de encontrar o tempo necessário para atender a esse complexo cenário urbano levou as escolas a assumir papéis que outrora eram exercidos em casa, pelos pais, pela família extensa ou pela comunidade.

As novas gerações crescem com grande arsenal tecnológico desde a infância, fenômeno que tem suas vantagens, porém, traz igualmente importantes problemas, como no padrão de sono, obesidade juvenil, falta de contato com a natureza, na prática de esportes, na socialização no mundo real, no tempo de interação e diálogo na família. Também representa excesso de informações e estímulos (ao consumo e a certos tipos de comportamento) numa fase do ciclo de desenvolvimento em que os filhos não têm plena capacidade intelectual e cognitiva para elaborar, processar e absorver uma carga emocional mobilizada. Reflexo disso aparece na precocidade de vários transtornos mentais, entre eles a depressão, transtornos de

ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtornos de conduta, alimentares e do sono. Em suma, nota-se o aumento de fatores de risco para sofrimento grave, que pode levar a comportamentos de risco e autodestrutivos, entre eles, a ASIS e o comportamento suicida. A escola é o principal ambiente no qual emergem os dramas da juventude brasileira contemporânea, tornando-se incumbida de assumir o controle sobre as crianças e os adolescentes, com responsabilidades que transcendem o mero papel do ensino de disciplinas.

ASIS e comportamento suicida não surgiram agora, entretanto, o relato espontâneo de gestores e professores de escolas brasileiras é suficiente para perceber um aumento de casos desses comportamentos sendo verificados entre estudantes. As escolas sentem-se impotentes e “perdidas” para lidar com os problemas advindos dessa situação, procuram profissionais que possam ajudá-las com palestras ou intervenções, geralmente em momentos de crise. Ainda não temos estabelecida uma cultura de prevenção que pudesse melhorar a qualidade do ambiente escolar, valorizando atividades que não sejam exclusivamente da dimensão intelectual para promover integração e cooperação entre alunos, trabalhar o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, aumentar o repertório de competências para enfrentar as vicissitudes da vida, facilitar a resolução de conflitos sem ferir o outro nem a si próprio, lidar com perdas e frustrações, lidar com *bullying* e *cyberbullying*. O sofrimento envolve estudantes, famílias e escolas. Estas, quando têm o desejo de ajudar, esbarram nas dificuldades da burocracia, da falta de recursos materiais, da falta de qualificação dos colaboradores para manejar demandas como comportamentos de risco, demandas que exigem um conhecimento mais profundo dos fenômenos e de como proceder nesses casos. A propósito, há falta de estudos que dialoguem com a realidade brasileira, apontando para uma situação de quase desespero. Não menos importante, os excessos da mídia e a propagação de comportamentos violentos através das redes sociais carregam um enorme potencial de contágio.

É nesse panorama, sem que existam, no mercado, profissionais capacitados ou estudos brasileiros que descrevam essa realidade, que várias escolas vêm mostrando grande desejo de ajudar, o que deve ser exaltado.

Movida pela preocupação com o bem-estar e a segurança de seus alunos com comportamentos de risco, uma escola municipal de Teresina solicitou ajuda do Centro Débora Mesquita (CDM), uma organização não governamental que trabalha com prevenção e posvenção (luto) do suicídio no Piauí, para realização de palestras direcionadas a pais e professores, com a pauta do necessário enfrentamento dos casos de estudantes envolvidos em comportamentos de ASIS ou suicidas. Por sua vez, o CDM fez contato com este pesquisador, parceiro habitual da ONG, para desenvolver atividades de apoio junto àqueles que estavam apresentando risco. Tendo aceitado participar, o CDM comunicou à escola que fez, através da sua psicóloga, o primeiro contato com o pesquisador.

A escola fica situada na zona leste da cidade. Tem no seu quadro de colaboradores dois diretores, uma pedagoga, uma secretária, uma merendeira, duas pessoas em serviços gerais e um corpo docente de 12 professores; são 11 salas de aulas com o Ensino Fundamental, do sexto ao nono ano, nove no período da manhã e nove no período da tarde.

No primeiro contato com a instituição, a psicóloga e a diretoria descreveram o difícil cenário e a delicada situação envolvendo alguns de seus alunos com comportamentos de risco, em especial, ASIS. Solicitaram a possibilidade de dar oportunidade de escuta e apoio a esses alunos, e de avaliar o grau de risco com a finalidade de orientar a escola em como dar suporte aos alunos e a seus pais e responsáveis. Solicitaram, ainda, apoio à escola, por meio da psicóloga e da diretoria, para refletir sobre possíveis caminhos preventivos a serem empreendidos, visando a uma maior segurança, assim como ao desenvolvimento de um clima emocional mais favorável. Nesse ponto, configurou-se um momento oportuno para conhecer melhor essa realidade em uma escola brasileira, envolvendo a situação de ASIS e o risco para o suicídio. O apoio seria voltado aos estudantes que tivessem praticado a ASIS, desde que seus pais ou responsáveis, além dos adolescentes, concordassem com a participação no processo. Observou-se, portanto, a oportunidade de oferecer um retorno que desse um direcionamento positivo de recomendações aos adolescentes e seus responsáveis, bem como à escola.

Esse foi o contexto que oportunizou este estudo. A seguir, descreveremos algumas características do método (qualitativo) empreendido, assim como os procedimentos em seus detalhes.

4.1 Abordagem da pesquisa

Buscando responder aos questionamentos e objetivos propostos nesta pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa por meio de entrevistas com 13 estudantes do Ensino Fundamental de uma escola pública da cidade de Teresina, Piauí, como será detalhado à frente. Diferentemente da abordagem quantitativa, que objetiva a análise dos dados com base em recursos estatísticos, a pesquisa de abordagem qualitativa requer uma relação direta do sujeito com o mundo e sua subjetividade, e, portanto, não traduz em números os significados atribuídos aos fenômenos que emergem na investigação (Rosa, Azevedo-Oliveira, & Orey, 2015). Nesse sentido, Gonzales, Neves e Santos (2018) comentam no artigo sobre abordagens metodológicas de pesquisa:

Em um processo de pesquisa qualitativa, o pesquisador interage naturalmente com todos os indivíduos envolvidos com a questão ou com o problema investigado. Não há uma produção laboratorial, mas sim um deslocamento do pesquisador para o contexto a ser investigado. Os dados são coletados ou produzidos por múltiplas maneiras como entrevistas pessoais, análises de documentos, observação de comportamentos. (p. 219).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Dessa forma, as informações colhidas sob a natureza qualitativa buscam esclarecer e compreender o fenômeno investigado, no qual os sujeitos agem de forma ativa, podendo ser compreendidas de forma integral e contextualizada. O pesquisador visa à compreensão do vivido através das experiências dos participantes e à apreensão dos sentidos atribuídos por eles a essas experiências (Minayo, 2013; Silveira & Córdova, 2009).

Em abordagens compreensivas que se baseiam nas histórias de vida dos participantes, Lima, Costa e Silva, Magalhães e Assis (2014) destacam:

As narrativas dos atores não são uma verdade, mas uma versão, e pode ser a melhor abordagem para compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e declínio de uma relação social e as respostas situacionais às contingências cotidianas. (p. 4).

O estudo de Silveira e Córdova (2009) afirma que a escolha da abordagem qualitativa traz riscos e limites para os quais o pesquisador deve estar atento:

excessiva confiança no investigador como instrumento de coleta de dados; risco de que a reflexão exaustiva acerca das notas de campo possa representar uma tentativa de dar conta da totalidade do objeto estudado, além de controlar a influência do observador sobre o objeto de estudo; falta de detalhes sobre os processos através dos quais as conclusões foram alcançadas; falta de observância de aspectos diferentes sob enfoques diferentes; certeza do próprio pesquisador com relação a seus dados; sensação de dominar profundamente seu objeto de estudo; envolvimento do pesquisador na situação pesquisada, ou com os sujeitos pesquisados. (p. 2).

Além de utilizar uma abordagem qualitativa, esta pesquisa possui um caráter descritivo e exploratório. Em relação ao procedimento, é uma pesquisa de campo. Vejamos a que se referem essas especificidades do método.

4.2 Pesquisa descritiva

Segundo Volpato (2015), a questão central numa pesquisa descritiva é caracterizar algo, quer seja uma ou mais variáveis. Equivale a tirar um retrato do que se quer descrever, no sentido de caracterizá-lo. Porém, como em muitas pesquisas qualitativas, em especial quando se trata de fenômenos menos frequentes e de difícil acesso, a realidade impõe uma dificuldade para a obtenção de sujeitos com as características necessárias à pesquisa e força o pesquisador a aceitar o recurso de trabalhar com uma amostra de conveniência.

Essa característica do grupo pesquisado traz algumas restrições às interpretações, principalmente deixando em questão a possibilidade de generalizar os resultados do pequeno grupo para a totalidade das pessoas com características semelhantes, em nosso caso, adolescentes praticantes de ASIS. Isso significa dizer que os sujeitos têm as características desejadas para o projeto, mas não foi possível utilizar recursos metodológicos para garantir a representatividade da população com a característica em pauta. Considerando uma área tão pouco estudada, em um esforço exploratório e descritivo, o trabalho com amostra de conveniência justifica-se por permitir um acesso a um grupo que foi espontaneamente identificado e acolhido em seu ambiente natural (escola) e que, ainda, estavam disponíveis

para participar neste projeto: como veremos à frente, nesta pesquisa, 13 adolescentes que praticavam ASIS. Em suporte a essa característica, Volpato (2015) escreve: “A pesquisa descritiva é importante para a ciência, pois a descrição é geralmente o primeiro e essencial passo para caminharmos em direção à compreensão do fenômeno” (p. 7).

O presente estudo teve, como um dos seus eixos, o objetivo de caracterizar a ASIS em seus aspectos mais relevantes, considerando o método de autolesão, sua função, frequência, local, presença ou ausência de dor, ritualizada ou não, objetos utilizados e, em especial, a presença ou ausência de ideação suicida. Por este motivo, justifica-se o método descritivo.

4.3 Pesquisa exploratória

O estudo de caráter exploratório busca ampliar o conhecimento sobre o tema investigado (Gil, 2008). Esse tipo de pesquisa tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, para torná-lo mais explícito ou formular hipóteses sobre o mesmo, apresentando, assim, um valor heurístico. Uma das técnicas mais usadas nesses estudos é a entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o tema ou problema pesquisado (Deslandes & Iriart, 2012). Estes autores sinalizam que:

a classificação de ‘exploratório’ é dada à primeira fase do ciclo da pesquisa, destinada à construção do objeto. Portanto, uma pesquisa exploratória seria totalmente dedicada à construção de conhecimentos sobre tema ainda desconhecido, permitindo a produção de hipóteses de leitura daquela realidade (p. 2382).

Assim, como o tema da ASIS e sua relação com a ideação suicida é relativamente desconhecido da literatura brasileira especializada, decidiu-se pelo caráter exploratório desta pesquisa, por meio de entrevista.

4.4 O modelo da entrevista semiestruturada

Decidiu-se utilizar, neste trabalho, uma entrevista semiestruturada, que é uma das possibilidades dentre as técnicas de entrevista. Apesar de ter um roteiro previamente estabelecido para a condução das entrevistas, o pesquisador precisa estar atento a possíveis

dados adicionais que podem surgir das narrativas dos participantes e que devem ser incorporadas ao estudo, na medida em que sejam relevantes (Minayo, 2013). A entrevista semiestruturada permite uma relativa liberdade ao entrevistador para essa exploração. Ao mesmo tempo, ela o guia pelos pontos cruciais a fim de conduzi-lo, de maneira mais segura e completa, a seus objetivos, permitindo, assim, cobertura mínima aos pontos que devem ser abordados.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi elaborado, especificamente, para este trabalho e pode ser observado na íntegra em Apêndice B. Inicialmente, as perguntas versaram sobre dados pessoais e sociodemográficos, relativos a aspectos sociais e culturais que caracterizam o entrevistado: naturalidade, cor, idade, credo e ano escolar. Posteriormente, as perguntas abordaram aspectos da infância e da adolescência, buscando a percepção do entrevistado de cada uma dessas etapas de vida: lembranças positivas, lembranças negativas, relações no ambiente escolar, padrão de sono e prática de atividade física.

Adiante, as perguntas foram mais específicas sobre a prática da ASIS e todo seu contexto social e familiar, buscando caracterizar e compreender como o comportamento autolesivo foi adquirindo particularidades e rituais próprios. Para isso, investigou-se: o último episódio de ASIS; seu fator precipitante; método utilizado; sentimento que precipitou o episódio; objeto utilizado; características (parte do corpo, intensidade, ritual); e funções da ASIS. Em seguida, avaliou-se: primeiro episódio; estigma; efeito de contágio do entrevistado pelo grupo, e vice-versa; frequência dos episódios; horário de ocorrência dos episódios; tempo de alívio após a prática da ASIS; sentimento após episódios; tratamento psiquiátrico e/ou psicológico; informação inicial sobre ASIS; e ocorrência de ideação suicida durante os episódios.

Caso o participante respondesse sim à pergunta sobre ideação suicida, seguiria a última parte da entrevista, relativa ao comportamento suicida e sua relação direta com a ASIS. Os itens abordados foram: ASIS com ideação suicida; estimativa de vezes em que os episódios de ASIS foram acompanhados, simultaneamente, por ideação suicida; histórico de tentativas de suicídio; estimativa de 0 (zero) a 10 (dez) acerca da intenção de cometer suicídio no futuro; fatores de proteção (ex. ambiente familiar acolhedor, padrão de sono satisfatório); e fatores de risco (ex. abusos sofridos, *bullying*).

4.5 Procedimentos

Uma vez estabelecido o acordo com a escola e a aceitação dos procedimentos por parte desta, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, pelos quais iniciamos a descrição dos procedimentos. Em primeiro lugar, a definição das incumbências e papéis tanto da escola como do entrevistador. Então, serão detalhados local, período e duração das entrevistas, o acolhimento dos adolescentes e seus pais/responsáveis, o estabelecimento de *rapport* e a leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (pais/responsáveis) (Apêndice C) e Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (adolescentes) (Apêndice D), com os devidos esclarecimentos. O número do parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB) é 1.635.846. (Anexo C).

Por fim, será apresentado o processo de execução da entrevista, seu encerramento com síntese e *feedback* para o adolescente, a devolutiva para os pais/responsáveis e a orientação à escola.

4.6 Critérios de inclusão e exclusão

Os *critérios de inclusão* estabelecidos foram:

- Estudantes que estivessem matriculados no ensino fundamental daquela escola e seguindo o curso normal de presença às aulas;
- Estudantes que tivessem apresentado pelo menos um episódio de comportamento Autolesivo Sem Intenção Suicida (ASIS) nos últimos 12 meses, sendo o ato de conhecimento da escola; ou seja, não houve nenhuma busca ativa por novos casos. Portanto, a consulta para consentimento e assentimento de participação só ocorreu com os pais/responsáveis e os alunos que já estivessem sob a observação da escola em função da ASIS, e cujos pais/responsáveis já reconhecessem a ocorrência desse comportamento.
- Estudantes cujos pais/responsáveis consentissem que seus filhos fossem entrevistados para esse fim, por meio do preenchimento e da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais/cuidadores. Foi solicitado que esses pais/responsáveis acompanhassem seus filhos à escola em dia e local acordados para que pudessem receber orientações do pesquisador e da escola tendo em vista os melhores cuidados de seus filhos

- Estudantes que aceitassem participar da entrevista e assinassem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, na presença dos pais/responsáveis.

Esses quatro critérios teriam de ser atendidos para que o aluno pudesse ser entrevistado. Foi definido apenas um *critério de exclusão*:

- Estudantes que não apresentaram episódios de ASIS, mesmo já tendo apresentado comportamento suicida.

Na consideração das indicações da escola, houve uma apreciação, pelo pesquisador junto à escola, da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, confirmando a adequação dessas indicações, que resultou em uma amostra constituída por 13 alunos, sendo nove meninas e quatro meninos do Ensino Fundamental. Todos os que foram listados e se dispuseram a fazer parte da pesquisa foram selecionados.

4.7 Papéis da escola e do entrevistador

Como parte do procedimento, definiu-se, também, as incumbências dos atores envolvidos no processo:

- A escola: fazer uma lista dos alunos que estivesse acompanhando em função do conhecimento de terem praticado pelo menos um episódio de ASIS nos últimos 12 meses.
- Uma das diretoras ou a psicóloga: fazer o primeiro contato com os pais/responsáveis para apresentação da proposta de entrevista/pesquisa, fazendo o convite para estarem presentes, acompanhando seus filhos, para explanação dos objetivos da entrevista, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, assim como para, após a entrevista com o filho, receber devolutiva pelo entrevistador (descrita a seguir) e orientação da escola.

- A escola: fazer o cronograma de entrevistas de acordo com a disponibilidade de tempo do aluno e do responsável, sem prejudicar o horário das aulas regulares de cada aluno.
- O pesquisador: disponibilizar sua agenda para as entrevistas com o máximo de flexibilidade possível, para acomodar mais confortavelmente as restrições de tempo dos pais/responsáveis e dos adolescentes.

4.8 Local, período e duração das entrevistas

As entrevistas foram realizadas nas dependências da escola e no horário escolar. A sala da diretoria foi o espaço escolhido para o acolhimento dos pais/responsáveis e alunos para prestação de esclarecimentos, procedimentos de consentimento, entrevista, devolutiva e orientação da escola. Esse local foi escolhido por apresentar mais conforto e privacidade e também por facilitar o contato com pais/responsáveis após a entrevista, por parte tanto do entrevistador quanto da escola.

Os dados foram coletados no período de junho e julho de 2018, conforme o procedimento descrito, incluindo a obtenção do consentimento (Apêndices C e D). As entrevistas com os alunos tiveram duração aproximada de 60 minutos, incluindo alguma orientação aos adolescentes quando necessária. Os depoimentos nessas entrevistas foram gravados e transcritos, na íntegra, para análise.

Logo após a entrevista, foi realizada uma conversa de orientação com os pais/responsáveis e um representante da escola (psicóloga ou diretora) para uma devolutiva sobre possíveis riscos de suicídio e orientações de como manejar a crise no ambiente familiar e escolar. Essas devolutivas seguiram cuidados éticos em relação ao bem-estar, segurança e proteção dos adolescentes e das famílias. Como não foram planejadas como dados para análise, estas não foram gravadas. As devolutivas tiveram a duração aproximada de 30 minutos com apresentação de sugestões de intervenções, encaminhamentos necessários sobre atendimento psiquiátrico e psicológico, informações de locais de atendimento na rede pública.

4.9 Acolhimento, *rapport* e consentimento

O acolhimento dos adolescentes e seus pais/responsáveis ocorreu em conjunto, na sala da direção da escola, como previsto. Uma vez estabelecidas as introduções iniciais e interações para estabelecimento do *rapport*, foi realizada uma breve introdução da proposta, seguida da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) na presença dos pais/responsáveis e seus filhos. Uma vez prestados os devidos esclarecimentos e elucidadas as dúvidas, procedeu-se às assinaturas dos respectivos termos pelos pais/responsáveis e adolescentes.

Alguns destaques importantes. A entrevista deu-se no contexto do interesse da escola em prover apoio a estes estudantes e seus pais/responsáveis. Como se trata de menores em situação de risco, e valorizando o cuidado com o impacto que poderia ter ocorrido, teve-se o cuidado de envolver os pais/responsáveis em todas as etapas do processo: do convite, passando pela realização do consentimento e esclarecimentos na presença de pais/responsáveis e seus filhos, como descrito acima. Esse cuidado se estendeu à participação dos pais/responsáveis e seus filhos nas devolutivas, com suas recomendações e encaminhamentos e orientação à escola. O compromisso, neste cuidado, se estende para além da coleta dos dados em relação aos adolescentes, seus pais/responsáveis e a escola.

4.10 A execução da entrevista individual e seu encerramento

Após a assinatura dos termos de consentimento e assentimento, foi solicitado aos pais/responsáveis que aguardassem na sala adjacente. O primeiro cuidado foi verificar como o adolescente estava se sentindo e assegurar que estava bem e em condições de prosseguir com a entrevista. Todos os participantes confirmaram a condição para prosseguir e então deu-se o início da entrevista, que se cumpriu segundo o planejado e definido pelo roteiro semiestruturado, observando a possibilidade do entrevistador de solicitar esclarecimentos ou clarificar a relação entre fatos relatados, conforme previsto na modalidade de entrevistas semiestruturadas. Ao nos aproximarmos do final da entrevista, uma síntese dos principais pontos foi apresentada aos participantes, dando-lhes a oportunidade de confirmar ou retificar

cada ponto. Os pontos que precisariam ser tratados com os pais/responsáveis foram mencionados e dúvidas acerca dos motivos e finalidades foram esclarecidas. Todos concordaram acerca da necessidade de se fazer orientações aos pais/responsáveis e à escola para seu bem-estar, segurança e proteção. Nenhum dos participantes colocou objeção a esse procedimento. Após esse esclarecimento, antecipando o desfecho da entrevista, houve o cuidado de se verificar como estavam se sentindo, oferecendo a oportunidade para expressarem qualquer sentimento desagradável. Todos confirmaram estar se sentindo bem. Alguns deles expressaram a sensação de alívio ou de gratidão pela oportunidade de poderem se expressar, se sentir ouvidos, ou refletir sobre a própria história. Todas as entrevistas foram concluídas sem intercorrências ou interrupções.

4.11 Devolutiva aos pais/responsáveis

Encerradas as entrevistas, os pais/responsáveis e a representante da escola foram chamados para uma conversa devolutiva sobre os principais aspectos observados. O representante da escola foi convidado a participar, considerando as necessidades e as responsabilidades da escola no acompanhamento desses estudantes. Isso foi realizado com a concordância dos pais/responsáveis e a anuência dos adolescentes, como descrito por ocasião do encerramento da entrevista.

Além de uma prestar orientação geral e fazer encaminhamentos necessários, o principal objetivo era o de tratar de questões graves ou emergenciais envolvendo possíveis riscos, se houvesse, em especial, o risco de suicídio. Havia também o objetivo de dar informações relevantes sobre acolhimento, escuta e cuidados com o aluno, por parte dos pais/responsáveis. Nos casos em que havia risco de suicídio e/ou a sinalização de que a prática da ASIS iria continuar, o pesquisador fez orientações específicas sobre a necessidade e a indicação de tratamento psiquiátrico e de psicoterapia, recomendando que estes fossem realizados tendo em vista a necessidade de construção e articulação de uma rede de apoio para o adolescente visando a superação dos riscos, como foi apresentado na síntese devolutiva ao participante (descrita acima). Cuidou-se também de oferecer sugestões sobre como acolher o sofrimento do aluno, sobre a estratégia de abordagem em momentos de crise e sobre o

fortalecimento dos vínculos, especialmente entre os adolescentes e seus pais/responsáveis. Durante essa devolutiva, respeitou-se o critério de confidencialidade de outros aspectos relatados pelo aluno que não fossem essenciais ao seu cuidado, à sua segurança e à sua proteção.

4.12 Orientação à escola

Após o encerramento das entrevistas com os adolescentes e as devolutivas com pais/responsáveis, foi realizada reunião com os representantes da escola para relatar impressões e pontuar aspectos importantes para o acolhimento e acompanhamento dos casos graves, visando também a instrumentalizar a escola para o acolhimento e acompanhamento de novos casos. Foi reforçado o compromisso e disponibilidade do pesquisador em continuar a orientar os casos mais complexos, ou os que se mostrassem necessários, em qualquer momento posterior. Nenhum caso requeria intervenção emergencial ou imediata. Todos os encaminhamentos necessários ou recomendáveis foram realizados. A escola recebeu orientação para apoio e acompanhamento desses estudantes e de seus pais/responsáveis.

4.13 Análise dos dados

Minayo (2013) apresenta três modalidades para análise de dados: análise de conteúdo, análise de discurso e análise hermenêutico-dialética. Optou-se, para esta etapa da pesquisa, pela análise de conteúdo em que o sentido das palavras é constituído historicamente e expressa posições ideológicas, portanto, mais do que compreender os significados lexicais da narrativa, é preciso entender em que contexto ele foi produzido. Sem desconsiderar algumas expectativas já dispostas na literatura (capítulo 1), os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin (1977/1979). Para isso, todas as entrevistas foram transcritas, na íntegra, para as análises seguintes. Nas sucessivas leituras dessas entrevistas, que fizeram parte da análise desse material, o pesquisador manteve-se aberto tanto a categorias conhecidas ou esperadas como a novas possibilidades. Antecipando o que veremos em detalhes no próximo capítulo, emergiram seis categorias: abusos (físico, emocional e sexual); separação

dos pais; ausência da figura paterna; perdas por morte; *bullying*; ASIS e Ideação Suicida. Essa estratégia buscou apreender o sentido da experiência vivida no passado, a partir das narrativas do presente, com vistas no futuro, principalmente no que tangenciava os comportamentos de risco e eventual risco de suicídio.

Passaremos, no capítulo a seguir, à apresentação e à análise dos casos.

5 Resultados

As narrativas de todos os 13 entrevistados evidenciaram aspectos relevantes sobre o comportamento de ASIS, dos quais nove revelaram nuances da interface entre ASIS e o comportamento suicida, objeto deste trabalho. Para a manutenção da confidencialidade dos entrevistados, decidiu-se utilizar nomes fictícios oriundos da literatura infanto-juvenil que aborda a temática de sofrimento recorrente entre jovens, tais como violência doméstica e conflitos na escola. Por esse motivo, as personagens das histórias fictícias, emprestaram seus nomes aos entrevistados da pesquisa. Na página a seguir apresentamos a análise dos casos e incluímos um perfil dos entrevistados no Tabela.

5.1 Análise dos casos

Dos 13 casos, 12 foram analisados e dispostos neste capítulo da seguinte forma: primeiro, uma síntese de cada caso, separadamente, com as principais informações colhidas nas entrevistas, seguindo a ordem das etapas da entrevista semi-estruturada utilizada na pesquisa (dados sócio-demográficos; detalhes da infância; adolescência; qualidade do sono e prática de atividade física; prática de ASIS; relação entre ASIS e comportamento suicida). Em seguida, uma análise comentada pelo pesquisador, utilizando fragmentos das narrativas de cada um dos participantes. Por último, em destaque, uma análise mais detalhada de um dos casos entrevistados. Os casos apresentam as citações dos respectivos entrevistados, acompanhados de referências científicas pertinentes. O caso do Hugo Cabret foi selecionado, após a escuta dos áudios, a leitura e análise de todos os 13, porque deu a impressão de maior clareza e lucidez acerca da sua história de vida, da forma contundente e consciente com que abordou os episódios traumáticos vividos. Ademais, contemplou de forma significativa as categorias estabelecidas para análise neste trabalho, com destaque aos fatores de risco para ASIS e ideação suicida. Vale ressaltar que as categorias foram estabelecidas a partir dos conteúdos de todas as entrevistas.

Para um indivíduo entrar em sofrimento grave e aderir a comportamentos autodestrutivos, ASIS e comportamento suicida, existe uma história processual que varia de acordo com as circunstâncias da vida, ou seja, a ideia de “processo” e “circunstâncias” não deve ser negligenciada. Com esse objetivo, apresentamos o perfil dos entrevistados e, a seguir, a análise caso a caso.

Tabela 7 – Perfil dos entrevistados

Entrevistados	Gênero	Cor	Idade	Religião /Credo	Ritual	Dor	Método	Função	Ideação Suicida	Ativ. Física	Sono
Elvira	X	Negra	12	Não	Não	Não	Corte/Bater a cabeça	Alívio da dor Autopunição	Sim	Não	Ruim
Jupita	X	Negra	14	Sim	Não	Não	Corte/ Queimadura	Alívio da dor emocional	Sim	Sim	Ruim
Malala	X	Branca	14	Sim	Sim	Não	Corte	Alívio da dor emocional	Sim	Sim	Ruim
Anair	X	Parda	14	Não	Não	Não	Corte	Alívio da dor emocional	Sim	Não	Bom
Minerva	X	Parda	12	Não	Não	Não	Corte	Alívio da dor emocional	Não	Sim	Bom
Sofia	X	Branca	12	Sim	Sim	Sim	Corte/Bater na parede	Alívio da dor emocional	Não	Sim	Bom
Babsi	X	Parda	14	Sim	Não	Não	Corte	Alívio da dor emocional	Sim	Sim	Ruim
Emílio	X	Pardo	11	Sim	Não	Não	Corte	Não relatado	Não	Não	Ruim
Celina	X	Parda	12	Sim	Não	Dor/ Ardência	Corte	Alívio da dor emocional	Sim	Não	Bom
Stach	X	Pardo	13	Sim	Não	Sem dor	Corte	Alívio da dor emocional	Sim	Não	Bom
Júlia	X	Negra	15	Não	Não	Não	Corte	Alívio da dor emocional	Sim	Não	Ruim
Rafa	X	Negro	16	Sim	Não	Não	Corte	Alívio da dor emocional	Não	Não	Bom
Hugo Cabret	X	Branco	14	Não	Sim	Não	Corte	Alívio da dor Autopunição	Sim	Sim	Ruim

5.1.1 Anair

Anair tem 14 anos de idade, é parda e não tem religião. Mora com avós maternos, tios e um irmão. Mantém contatos ocasionais (semanais, em média) com a mãe. Cursa o 8º ano do Ensino Fundamental

Anair relatou sentir-se “muito mal” nos dias da semana anterior à entrevista. Descreveu sua infância como ruim, e não citou lembranças positivas. Como aspectos negativos, relatou a separação dos pais quando ela tinha cinco anos e a posterior ausência deles, principalmente do pai. Outros fatores de sofrimento desse período foram a descoberta da homossexualidade da mãe e a relação conflituosa com a avó, com quem mora atualmente, que na sua avaliação, privilegia o irmão.

Anair fala da entrada na adolescência como uma fase “chata”, mas percebe como aspecto positivo o fato de estar crescendo e do amadurecendo. Quanto às experiências negativas, relatou a caótica relação que mantém com a mãe, permeada por violência física, chegando ao ponto de ter o braço quebrado por ela em uma briga. Sofre com o distanciamento do pai, com quem há dois anos que não tem contato algum. No ambiente familiar vive uma relação conflituosa com a avó, por quem sente-se desvalorizada e preterida em relação ao irmão, alegando ser assim desde a infância. No ambiente escolar, sente-se sozinha, não tem amigos, e fala da experiência de *bullying* (verbal e físico), que sofreu na escola anterior. Anair relata que dorme bem e não pratica atividade física.

Sobre a Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Anair disse que o último episódio ocorreu um mês antes da entrevista, em função de uma briga com a mãe. Os episódios acontecem em casa (quarto) e na escola (sala de aula), a frequência de uma vez por semana e não há um horário preciso, mas “na hora que der vontade”. O corte é o método utilizado e a lâmina, o objeto. Relata que os cortes são superficiais e nos braços, porém sem dor, apenas a sensação de ardência; em relação à função da ASIS, destaca o alívio da dor emocional.

O primeiro episódio ocorreu um ano e meio antes da entrevista, portanto, são 17 meses praticando ASIS. Usa jaqueta, frequentemente, para esconder as cicatrizes. Teve a primeira informação sobre ASIS através de colegas, na escola, caracterizando o efeito de contágio do fenômeno, porém ela afirma que, pessoalmente, não influenciou outras colegas. Anair mostrou clareza sobre os sentimentos que precipitam os episódios de ASIS, raiva e culpa;

após os episódios, sente alívio imediato e, posteriormente, angústia e raiva.

Anair relatou que teve ideação suicida acompanhando a prática da ASIS em algumas poucas vezes, que estimou ser cerca de 10% dos episódios. Nunca fez uma tentativa de suicídio por pensar na tristeza que poderia causar entre os familiares, caso tirasse a própria vida. Apesar dos conflitos, a família ainda atua como fator de proteção. Atualmente, relata que o ambiente escolar é favorável, uma vez que nessa escola não sofre *bullying* e aos poucos tem se aproximado de alguns colegas. Perguntada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a dez, respondeu “zero”.

5.1.1.1 Análise

Anair apresenta uma história de vida muito sofrida desde o nascimento. Sente-se abandonada pelos pais, mal acolhida e preterida pela avó com quem mora. Disse: “é muito difícil viver com a minha avó, ela me proíbe de fazer tudo, até de brincar” e “ela sempre trata as pessoas melhor do que eu”. Os conflitos familiares são apontados como o principal fator de sofrimento que leva à prática da ASIS: “as relações de família, tudo isso é motivo pra eu me cortar”. Em princípio, quando se analisa com mais profundidade a história de vida do indivíduo em sofrimento grave, verifica-se que os fatores de risco para este sofrimento tem origem na infância, dentro do contexto familiar (como será discutido na sessão seguinte sobre as categorias).

Uma questão importante é a falta de alguém com quem Anair possa conversar, falar dos sentimentos e das suas dores, o que tende a não fazer, nem com alguém da família (“meus pais se afastaram e todo mundo lá em casa já vai brigando porque acham que vou fazer coisa errada, eles nunca sentam comigo pra saber o que tô sentindo”); nem com amigas (“é porque eu não me relaciono com as pessoas, sou mais fechada e não tenho amigas”). O último episódio de ASIS ocorreu após uma discussão familiar; e há falta de espaço para o diálogo: “às vezes eu choro mas não desabafo, não consigo esvaziar chorando e não tem ninguém pra conversar, eles vão dizendo logo ‘é frescura, é drama’, aí eu prefiro me cortar pra aliviar minha dor”. Ademais, até o momento da entrevista, Anair nunca havia feito psicoterapia, o que foi recomendado no momento do fechamento entre ela, o pesquisador, a avó e a representante da escola.

Perguntada sobre três coisas que gostaria de mudar na sua vida, todas as respostas da entrevistada se referiram a mudança do próprio comportamento “eu mudaria o meu comportamento; também o modo como trato as pessoas e a forma de tentar me relacionar com as pessoas”, aspectos que podem ser trabalhados na psicoterapia.

Após quase um ano e meio de prática semanal de ASIS, acompanhada de ideação suicida em dez por cento dos episódios, Anair revelou, com firmeza, não ter mais intenção de se cortar, nem de fazer tentativa de suicídio. Mesmo conseguindo um alívio da angústia durante três dias depois dos cortes, conforme disse, percebeu que os problemas e o respectivo sofrimento não acabavam com a prática de ASIS “a última vez que eu me cortei durou, no máximo, três dias e depois começou a vir aquela dor de novo, e eu percebi que não tava mais adiantando, aí eu parei de vez, porque por mais que eu me corte, aquela dor vai ficar lá guardada dentro do meu peito”.

Questionada sobre algo que gostaria que os pais/responsáveis soubessem que ainda não sabiam, Anair respondeu prontamente que “queria que eles soubessem que quando eu me corto eu me sinto melhor naquela hora, porque eles não entendem, levam logo pra agressão”. Disse ainda com um tom melancólico que “eu só queria ter eles (pais) mais presentes, mas é difícil”. Perguntada, em seguida, sobre ter alguma esperança que essa situação possa melhorar, veio a resposta que a mantém “viva” e pode ser uma âncora no processo de psicoterapia “ainda tenho esperança que possa melhorar, talvez, é possível”.

5.1.2 Elvira

Elvira tem 12 anos de idade, é negra e sem religião. Mora com a mãe, padrasto e uma irmã. Cursa o 6º ano do ensino fundamental e, na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “mais para pior do que para melhor”.

A infância da entrevistada não foi boa, “pouco boa”, como relatou. De lembranças positivas, citou as brincadeiras com primos, já na casa da avó, com quem foi morar logo depois do nascimento. Outro aspecto importante era a proximidade com o pai, que morava próximo com outra companheira. Ainda assim, estavam sempre juntos. Mais crescida, o contexto mudou para pior, iniciou-se um processo de violências, física e psicológica, por parte da madrasta e do filho da mesma. A partir disso, o pai se afastou deixando uma lacuna grave da figura paterna na vida de Elvira.

A avó materna, com quem morava, era a principal figura da sua rede de apoio social, mas morreu dois anos antes da entrevista. Uma perda concreta, além das simbólicas que tivera, aumentou a carga de sofrimento. Após isso, pai e mãe iniciaram uma disputa e Elvira foi vítima de diversas situações traumáticas (ficar sem comida numa visita à casa do pai e tentativa de sufocamento pela madrasta, humilhação por parte do irmão da mesma). Como resultado, Elvira está sem contato com o pai há dois anos.

A entrada da adolescência, tampouco é uma boa fase para Elvira. Não conseguiu relatar nada de positivo, ao contrário: maior carga de responsabilidade; perda do melhor amigo por suicídio três meses antes da entrevista; crise de orientação sexual e conflitos com a mãe; não pratica atividade física e tem um padrão de sono ruim. Não relatou nada de negativo do ambiente escolar.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Elvira diz que o último episódio ocorreu há duas semanas, e o primeiro cinco meses antes da entrevista. O motivo localizado para desencadear o último episódio foi a lembrança e a dor pela perda do melhor amigo por suicídio. Nesse intervalo, foram dois episódios por semana com dois cortes por episódio, durante a noite, em casa (quarto e banheiro). O corte foi o método mais utilizado, lâmina do apontador de lápis, estilete e vidro foram os objetos; bate a cabeça na parede, eventualmente.

Relatou que os cortes eram superficiais e com ausência de dor (braços, pernas e lábios). As funções da ASIS eram a sensação de autopunição e o alívio da dor emocional que durava em média dois dias. Ver o sangue saindo dos braços trazia tal sensação de alívio da dor emocional. Passou a ser vista como má influência para os colegas (estigma), e afirma ter influenciado duas amigas a aderirem ao comportamento. Outro dado importante é de como iniciou, como soube, de onde saiu a ideia de praticar ASIS: no perfil do facebook de um amigo, viu o link “anjos suicidas”, onde viu vídeos com conteúdos depressivos, cenas de ASIS, além de ver o braço cortado desse mesmo amigo. Ou seja, a internet e as redes sociais produziu um efeito de contágio para o início da prática da ASIS. Sentimentos de tristeza e culpa foram os gatilhos para iniciar os episódios.

A relação da ASIS com comportamento suicida é o ponto mais relevante a ser destacado, em função de ser o objeto deste trabalho. Elvira relatou ter pensamentos (ideação) suicidas em 100% das vezes em que praticou ASIS. No dia em que completou doze anos, fez

uma tentativa de suicídio por enforcamento, mas, de forma surpreendente, conseguiu desvencilhar-se da corda quando veio o pensamento na mãe, o fator de proteção naquele momento. Perguntada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a 10, disse ser 10. Como principais fatores de risco para os comportamentos de ASIS e suicida, enumera ambiente familiar caótico, ausência do pai, lembranças traumáticas da infância (violências, negligência), morte da avó e do melhor amigo (por suicídio), e relação conflituosa com a mãe.

5.1.2.1 Análise

Para uma garota de 12 anos, a narrativa de Elvira mostra de forma peremptória uma história de vida com diversos fatores de risco para sofrimento grave. A perda da convivência com o pai é sentida por ela com profundo pesar. Ela disse: “lembrança boa da minha infância era de quando meu pai conversava comigo e me tratava bem, ele me dava mais atenção, porque hoje a gente não conversa mais”. Duas situações traumáticas se destacam. A primeira foi a de ser privada de comida na casa do pai, conforme disse: “eu não comi porque eles não me ofereceram comida, aí eu tive que ir na casa da minha vizinha, que era amiga da minha vó pra poder comer lá”. A segunda situação traumática foi a tentativa de sufocamento pela madrasta: “ela me enforcou para eu me afastar do meu pai” [enquanto dizia] “que me odiava de coração”.

Duas perdas muito significativas ocorreram, da avó e do melhor amigo. A Avó foi quem lhe acolheu logo que nasceu, com quem morou e tinha a melhor relação entre todas. O melhor amigo morreu por suicídio, era com quem ainda conseguia conversar e desabafar nos momentos mais difíceis: “porque eu gostava de conversar com ele, essas coisas que acontecem, eu sempre contava pra ele né. Ele era a pessoa que eu mais confiava”. Ora, sabe-se que o suicídio de uma pessoa muito próxima é um importante fator de risco para o suicídio do enlutado. Elvira afirmou ao fim da entrevista que estava com alto risco de tirar sua vida, o que foi prontamente comunicado na conversa final com a mãe e a diretora da escola, no sentido de conseguir tratamento psiquiátrico e psicológico urgentemente.

Um aspecto inusitado no relato da entrevistada é o tempo de alívio após os episódios de ASIS. Na experiência clínica do pesquisador, ninguém havia dito que o alívio durasse dias,

normalmente minutos ou horas. No entanto, Elvira colocou o intervalo de tempo de dois dias. Porém, já tinha percebido que as angústias retornavam após esse tempo, o que a levou a pensar em parar. Relatou que pensar na mãe ajudava, e portanto estava sendo um fator de proteção.

Elvira relatou viver uma crise de orientação sexual “eu ainda tô na dúvida”, acentuada pelas críticas da mãe. Esta, nas situações mais agudas de conflito, chegou a incentivar o suicídio da filha “a gente vinha vindo, ela disse pra mim que ia dizer que era só brincadeira minha, que eu podia ter cortado logo minha veia ou poder ter me enforcado”. Na conversa de fechamento, a mãe foi orientada sobre essa questão, da seriedade com que se deve encarar o sofrimento grave do outro e do risco que é a indução ao suicídio. O pesquisador tomou os cuidados necessários para fazer tais pontuações sem comprometer a confidencialidade da entrevista, com comentários “protocolares e genéricos”.

Talvez, o pior cenário de alguém que está em sofrimento, é a perda da esperança de que a situação pode ficar melhor. Elvira, comentou sobre a ausência do pai: “eu vou acabar morrendo e ele vai ficar e ele vai ficar (bem), porque ele não tá nem aí pra mim”. Não é sem motivos que sua autoestima está prejudicada, como afirma: “eu me sinto um monstro”.

5.1.3 Jupita

Jupita tem 14 anos de idade, é negra. Diz ser de religião evangélica, o que considera “muito importante”. Mora com a mãe, irmão e irmã. Cursa o 9º ano do ensino fundamental, e, na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “mais para pior do que para melhor”.

A entrevistada considera a infância como uma fase boa, entretanto, a única lembrança positiva que traz são as brincadeiras de criança. À época, morava com a família inteira: pai, mãe e quatro irmãos. O pai era alcoolista e violento, o que fez o ambiente familiar se tornar um caos (casos em que os irmãos intervinham para defender a mãe quando o pai chegava bêbado). Sofreu violência sexual por parte de duas pessoas, um primo (um episódio) e um tio. Ambas ocorreram no intervalo em que Jupita tinha entre sete e nove anos de idade. A separação dos seus pais foi muito traumática (era ligada ao pai e descreve a cena em que a mãe a levou à força de casa). Por isso, teve que mudar de escola, momento em que começou a ser vítima de *bullying* (adoeceu em alguns momentos por ter que ir à escola).

Jupita se referiu à adolescência como uma fase melhor que a infância devido à maior autonomia. Começou a treinar *handball*, tornando-se uma referência no time da escola. O corpo mudou, o que fez com que se sentisse melhor com a autoimagem, aumentou a autoestima e a socialização entre os pares. Apesar do quadro mais positivo, antes de se tornar atleta passou por um momento em que consumiu e vendeu droga (maconha) na escola, aproximadamente aos 12 anos de idade. O ambiente escolar foi péssimo até esse momento. Relatou momentos de maior irritabilidade, especialmente quando julgou que é homossexual, o que não é verdade.

Um ano antes da entrevista, os pais se separaram definitivamente. O afastamento do pai trouxe grande sofrimento (era mais ligada a ele), inclusive porque não tem uma boa relação com a mãe e o irmão mais velho (o pai e a irmã mais velha foram quem mais cuidaram dela, desde a infância). Relatou que tem um padrão de sono ruim, apesar de ter melhorado desde que passou a praticar esporte.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Jupita apontou que o último episódio ocorreu um mês antes da entrevista, após uma briga com a mãe; o primeiro ocorreu quando tinha 12 anos de idade. Nesse intervalo, fez um episódio por mês, em média. Praticou ASIS em casa (quarto) e na escola, em horários variados, sempre sozinha para evitar exposição (estigma). O corte (cortes profundos, com ausência de dor, apenas “ardência”) foi o método mais utilizado, com lesões nos braços, pernas e barriga, usando lâmina; houve um episódio de queimadura. Sentimentos de raiva e tristeza precipitaram os episódios, afirmou que esse comportamento “vicia” e gosta de ver o sangue escorrer após os cortes. Arrependida, mostrou o antebraço esquerdo onde escrevera com a lâmina a palavra LIXO. A função da ASIS era o alívio da dor emocional, que disse ser momentâneo. Outro dado importante é de como iniciou, como soube, de onde saiu a ideia de praticar ASIS: viu as cicatrizes de cortes no braço de uma amiga, com quem se reuniu por um período para praticarem juntas a ASIS, caracterizando o efeito de contágio externo para aderir ao comportamento.

A relação da ASIS com ideação suicida foi ressaltada por Jupita, quando relatou que pensou em tirar a própria vida em 80% das vezes em que praticou ASIS. Fez três tentativas de suicídio ao longo da vida, uma delas na escola, ingerindo remédios. Perguntada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a 10, disse ser quatro e que vem

diminuindo gradativamente o desejo de suicídio. Como principais fatores de risco para os comportamentos de ASIS e suicida, enumera: ambiente familiar caótico, ausência do pai, lembranças traumáticas da infância (violência sexual, negligência), *bullying*, uso de drogas na pré-adolescência, e relação conflituosa com a mãe e irmão. Como fatores de proteção foram apontados o esporte, que melhora da autoestima e nível de socialização, e desejo de ter autonomia para morar sozinha .

5.1.3.1 *Análise*

Na história de vida de Jupita, a lembrança positiva da infância era das brincadeiras de criança, assim como dito pela Elvira, por exemplo. Infelizmente, por vários fatores como a violência urbana, drogadição e excesso de tarefas, muitas crianças das novas gerações são privadas da ludicidade, o que pode trazer impactos negativos no desenvolvimento saudável das mesmas. Foi uma das que deu destaque à importância da religião na sua vida, normalmente um fator de proteção para quem vive em paz com a sua fé. Sofreu dois abusos sexuais na infância “acho que foi uma das coisas que me fez já perder a minha infância muito rápido”, experiência por demais traumática na vida de uma criança, considerado um grave fator de risco para comportamentos autodestrutivos. Como sequela, relatou dificuldades nos relacionamentos com garotos “eu me sinto muito insegura em questão a homens” e com a sexualidade.

A questão da ausência paterna tem destaque negativo “eu gostava muito do meu pai, chorei quando fui embora com a minha mãe”. Jupita não teve bom ambiente em casa “era briga, era o meu pai chegava bêbado em casa e minha mãe brigava muito”. O ambiente também não era bom na escola enquanto sofria *bullying*, como ela disse: “tinha uns meninos que eles não gostavam de mim, me batiam, um monte de coisa”. Chegou a vender drogas na escola aos 12 anos. Sofre sozinha, como disse: “Seguro as coisas até demais”. Tem se esforçado para melhorar seu perfil autoagressivo, um dos fatores que desencadeiam episódios de ASIS, conforme disse: “Eu sou a violenta pra descontar em mim mas não nas pessoas. Eu não gosto de machucar ninguém, e acabo me machucando”. Felizmente, iniciou no esporte, importantíssimo fator de proteção para os jovens, visto que proporciona aprender a ganhar e perder, respeito ao grupo e adversários, noção à hierarquia, além das sensações de

recompensa e bem estar advindas da liberação de substâncias, como endorfina e serotonina. Mudou, virou referência no time de *handball* do colégio, melhorou a autoestima e começou um processo de socialização com seus pares. Disse: “e aí represento a escola, todo mundo vem e conversa. Aí já melhorou mais a questão da escola, amigos e tal...”.

5.1.4 Malala

Malala 14 anos de idade, branca e religião evangélica (considera “muito importante”). Mora com a mãe, e o namorado da mesma está, eventualmente, na casa dela. Cursa o 8º ano do ensino fundamental, e, na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “bem”.

A entrevistada considera a infância como uma fase ruim, não tendo nada de positivo a lembrar dessa fase da vida. Aos dez anos, sofreu violência sexual por parte do tio (evento fez com que não voltasse mais na cidade do interior onde passava férias), perdeu uma avó e o padrasto do pai (considerado avô e quem a criou, de fato). Aos 12 anos, os pais de Malala se separaram. Relatou intenso sofrimento pela ausência do pai, que, após a separação, casou novamente e distanciou-se dela, o que a deixa com o sentimento de abandono.

A adolescência foi pontuada como uma fase “bem difícil”. Com uma carga maior de responsabilidade, isolou-se dos amigos, tanto na escola (fica sozinha na sala de aula nos intervalos) como fora dela (em casa, grande parte do tempo usando as redes sociais pelo celular), ainda que conservasse algumas poucas amizades. Nos momentos de solidão e tristeza, a religião serve como suporte, com a percepção de Deus como quem nunca lhe abandona. Disse ter um bom padrão de sono e praticar esporte (*handball*).

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Malala afirmou que o último episódio ocorreu seis meses antes da entrevista, diante de um estado de angústia que a levou para navegar na internet e acessar uma página na web chamada Anjos Suicidas (viu cenas de ASIS, ouviu músicas melancólicas que induziram-na a reviver traumas da infância); o primeiro episódio ocorreu um ano antes da entrevista, na sala de aula. Ritualiza episódios de ASIS em casa, acessando sites com vídeos sobre comportamentos autodestrutivos e ouvindo músicas melancólicas.

Nesse intervalo de seis meses, fez um episódio por mês, em média. Praticou ASIS em casa (quarto) e na escola, em horários variados (em casa, à noite; na escola, à tarde). O método utilizado foi o corte nos braços, com lâmina e estilete (alternando cortes superficiais e profundos). Sentimentos de arrependimento, raiva e culpa vem após os episódios, por causa das cicatrizes e o receio de que alguém da família perceba. A função da ASIS era o alívio da dor emocional (dura quatro horas, em média). O início do comportamento, quando surgiu a ideia, se deu a partir do relato de uma amiga e quando presenciou colegas se cortando na escola. O reforço veio pela influência da internet.

Malala afirmou que a prática da ASIS veio acompanhada de ideação suicida em 50% dos episódios. Perguntada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a 10, disse ser zero. Os fatores de proteção que a levam a não pensar mais em suicídio são: a mãe, com quem tem uma boa relação e não quer vê-la triste; a fé; prática de esporte; atividades acadêmicas (em destaque, um curso preparatório para o mercado de trabalho). Como principais fatores de risco para os comportamentos de ASIS e suicida (ainda que não pense mais em se matar), lista a separação dos pais com a consequente ausência do pai, lembranças traumáticas da infância (violência sexual, negligência), influência da internet/redes sociais, morte dos avós, padrão ruim de sono e isolamento social.

5.1.4.1 Análise

Logo no início da entrevista com Malala, após nossa breve conversa introdutória, ela já trouxe o trauma do abuso sexual que sofreu aos dez anos de idade, quando estava de férias na cidade da sua família “só que lá aconteceu coisa que não era pra acontecer”. No momento em que foi realmente discorrer sobre como aconteceu, pediu para interromper a gravação, e foi atendida imediatamente. Pouco depois desse episódio da violência sexual, no mesmo ano, perdeu dois avós, um dos quais tinha relação muito próxima; disse: “aí foi pior né porque eu gostava muito deles”.

Malala contou, de forma contundente, sobre a não aceitação da separação dos pais “Acho que já faz uns dois anos. Só que eu ainda não consigo me conformar”, enfatizando a ausência do pai após a separação: “Meu pai eu vejo de vez em quando.

Bem difícil ele aparecer”, sentindo-se abandonada “parece que depois que ele se casou ele nem se importa mais com nós”. Abandono e isolamento, fatores de risco para sofrimento, são temas centrais no seu discurso: “às vezes choro, aí mãe chega, paro de chorar pra ela não perceber”. Sobre a escola, disse: “eu fico sozinha no meio do recreio”. Sobre ficar em casa, disse: “Às vezes eu não saio pra lugar nenhum. Vontade só de ficar em casa mesmo, não poder sair para lugar nenhum mesmo. Ficar em casa o dia todo”. Nesses momentos, a fé tem grande importância como suporte para aliviar a angústia: “quando eu tô assim eu me lembro de um Deus que eu tenho que me ama muito” (...) “eu fico melhor”.

Malala disse: “eu tentei me matar duas vezes”. Nas duas vezes usou com uma faca, e nas duas uma amiga chegou a tempo: “na hora que eu tava já usando minha amiga chegou e impediu; tava começando já a afundar só que ela chegou e não aconteceu nada”. Outro ponto a ser destacado nessa narrativa é o alto e preocupante poder do efeito de contágio da ASIS através de pares, pois Malala iniciou prática de ASIS na escola, vendo colegas: “A primeira vez que começou que eu fiz foi aqui na escola, dentro da sala; as meninas faziam, foi as meninas que faziam primeiro aí depois eu comecei”. Também houve influência das redes sociais: “peguei do nada, me deu aquela vontade de escutar aquelas músicas de suicídio. é um coisa que tem no YouTube que... um canal, Anjos Suicidas. Aí eu ouvia essas músicas e tal e ficava lembrando e tal”. Quem pratica ASIS a sós (alguns praticam em grupo), tem um fator de risco a mais porque algo pode sair fora do esperado, como disse Malala ao narrar um dos episódios: “aí eu peguei e comecei a me cortar, só que quando eu me cortei o corte saiu muito fundo. Tava saindo muito sangue, muito sangue mesmo. Sangrou pela parede e o chão”.

O esporte, semelhante ao caso de Jupita, abriu uma porta para melhorar a qualidade de vida de Malala, a prática do *handball*. Melhorou a qualidade de sono, iniciou um curso preparatório para o mercado de trabalho, encontrou lugar para sonhar em fazer medicina e ajudar outras pessoas: “eu acho que eu sinto muita pena das outras pessoas, tenho vontade de ajudar. Eu gosto de poder ajudar as outras pessoas”.

5.1.5 Emílio

Emílio tem 11 anos de idade, é pardo e religião evangélica. Mora com a avó materna, irmão e tio. Cursa o 6º ano do ensino fundamental, e, na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “mal”.

O entrevistado considera a infância como uma fase boa, com boas lembranças de quando brincava de carrinho, com os irmãos, com quem tem boa convivência. No entanto, numa dessas brincadeiras com a irmã, teve um acidente que resultou numa grave lesão no seu dedo (aos nove anos de idade). Além disso, ainda com nove anos, os pais se separaram, momento em que foi morar na casa da avó materna. A avó paterna morreu, outra fonte de sofrimento, somada à separação dos pais e do afastamento do pai; relatou não confiar no mesmo, pois não paga pensão e não contribui com nada da parte financeira. Disse que costuma ir ao mercado público do bairro para tentar ver o pai, fica esperando para ver se ele aparece, falar e pedir alguma ajuda financeira; quando pede algo e o pai diz que não tem, fica escondido observando e, com frequência, o vê comprando nas barracas (gerou um completo descrédito em relação a ele).

A adolescência foi citada como uma fase “normal”. Lembrou de momentos em que brincava perto de casa (futebol). Porém, lembrou, sobretudo, da tristeza que carrega pela separação dos pais e da ausência do pai. O fato do mesmo mentir é um aspecto relevante, e faz com que Emílio sofra nos raros encontros de pai e filho. Relatou ter boa convivência com os colegas na escola, um padrão de sono ruim (constantes pesadelos) e não pratica atividade física.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Emílio afirmou que fez um único episódio, um mês antes da entrevista, depois que uma amiga disse que iria se matar e sentir uma tristeza profunda. O fato ocorreu na sala de aula, no horário do intervalo e na presença de um amigo. A informação inicial sobre ASIS veio da internet, no canal YouTube. Confuso em vários momentos da entrevista, Emílio não soube dizer a função da ASIS naquele momento em que se cortou; fez, no único episódio, cortes superficiais no braço (não fez menção à dor).

Quando questionado sobre ideação suicida durante o episódio da ASIS, Emílio disse, categoricamente, que nunca pensou em suicídio. Perguntado sobre a intenção de se matar no

futuro próximo, numa escala de zero a 10, disse ser zero. Os fatores de proteção que a levam a não pensar em suicídio são: a família (mãe e irmãos), amigos da escola e uma professora que o acompanha. Apesar dos fatores de risco (perda da avó, separação dos pais, a ausência do pai e de conviver com colegas da escola que se cortam e tem ideação suicida), Emílio afirma não estar com intenção de voltar a fazer episódio de ASIS.

5.1.5.1 Análise

Emílio foi o entrevistado mais novo e quem demonstrou mais dificuldade em algumas respostas, solicitando do pesquisador mais habilidade para que a entrevista fluísse.

Novamente, como em outros relatos, Emílio deu ênfase à separação dos pais e ter que morar longe dos dois: “minha mãe separou do meu pai já faz 1 ano já” (...) “é muito ruim, sinto falta deles” (mora com a avó). O afastamento do pai é motivo de sofrimento: “a gente quase não faz nada, ele não paga pensão, só compra minhas roupas”. Mesmo assim, Emílio não desistiu de buscar contato. Disse: “Toda semana eu vou lá no mercado. Tipo, eu tô vindo do colégio, aí eu passo lá no mercado pra ver se ele está lá”. A ausência da figura paterna, comum nos relatos desta pesquisa, é um fator de risco para sofrimento dos filhos. Em muitas separações, além da lacuna da representação do pai na formação do filho, as mães ficam sobrecarregadas. Em comunidades de baixa renda, como a da escola onde ocorreram as entrevistas, ainda se vê uma família numerosa, com filhos de outros relacionamentos, criando um contexto de risco em situações como a do Emílio. Ele disse: “Aí, eu peço dinheiro pra ele. Ele diz que não tem. Aí, eu saio, num lugar que dê pra se esconder. Aí, eu vejo ele comprando alguma coisa. Dizendo que ele não tem dinheiro. Aí vejo ele comprando outra coisa depois, deve ser pra outro filho”.

O entrevistado fez um único episódio de ASIS, e o motivo alegado foi o desespero pela ameaça de suicídio de uma amiga “Eu só me cortei mesmo por causa de uma amiga minha. Ela ficou várias vezes dizendo que ia se matar. Que ia se matar. Cometer suicídio. Me senti triste”. Na hora do intervalo de aula, na sala, fez os cortes. O amigo presente no momento quis fazer também, caracterizando o forte apelo do efeito de contágio. Disse: “Mas só que foi na hora do recreio. A sala tava vazia. E eu tava com meu amigo. Ele viu. Aí ele, tipo... Na hora que eu me cortei ele ficou com ‘inveja’ e queria se cortar também”. Foi a

primeira vez que o pesquisador escutou o termo dentro do contexto da ASIS, detalhe a ser melhor investigado em pesquisas futuras, se de fato existe um sentimento de inveja e que pode ser o fator precipitante para o efeito de contágio.

Ocorreu uma segunda situação em que Emílio ficou abalado por causa de uma amiga: “eu comecei a ficar triste agora por causa que eu tenho uma amiga chamada Helen, que ela me chamou na minha sala pra ir pra... ali na sala de Serviço Social? E ela contou a história dela. Que ela queria se... Tentou se matar duas vezes”. Nota-se que o ambiente escolar é um *locus* de extrema importância para o estabelecimento de planos de prevenção de comportamentos autodestrutivos, com demandas cada vez maiores de acolhimento de casos dessa natureza. Entretanto, Emílio afirmou: “não veio pensamento de morte, não”.

5.1.6 Stach

Stach tem 13 anos de idade, é pardo e segue a religião católica (relatou não saber, exatamente, a importância da religião na sua vida). Mora com a mãe, cursa o 7º ano do ensino fundamental, e, na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “bem”.

O entrevistado considera a infância como uma fase ruim, sem qualquer lembrança positiva dessa fase da vida. Relatou que sofreu bastante com violência física diária por parte da mãe, alcoolista; os pais se separaram quando ele ainda nem tinha nascido, sofre com a ausência do pai e não fala com o irmão mais velho, único que mora numa casa próxima. Este irmão, disse Stach, também era vítima de violência por parte da mãe, saiu de casa, parando de falar com a mesma e com ele por consequência. O outro motivo de grande sofrimento na infância foi a morte da avó, com quem morou, quando tinha sete anos de idade.

A adolescência foi citada como uma fase “normal” e não soube relatar quaisquer aspectos positivos. Lembrou que ainda sofria violência física por parte da mãe, da falta de contato com o irmão e da ausência do pai na sua vida. Disse ter um comportamento inadequado na escola, em sala de aula, com episódios de desrespeito a colegas (um episódio grave de agressão a um colega) e professores. Afirmou que tem um bom padrão de sono e não pratica atividade física.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Stach comentou que o último episódio ocorreu um mês e meio antes da entrevista, depois de uma briga com a

mãe e de intenso sentimento de raiva. Foram três episódios no total, sendo o primeiro também após brigar com a mãe; em todos, usou o corte nos braços como método, no banheiro de casa, utilizando estilete e lâmina (o primeiro foi por impulsividade, foi ao banheiro, viu a lâmina e cortou-se). O último foi na sala de aula, com cortes superficiais, ao contrários dos realizados em casa com maior profundidade. Sempre tentou esconder os ferimentos para não ser criticado (estigma). Relatou não ter dor (apenas ardência) na prática da ASIS, que tinha como função o alívio da dor emocional e o tempo de alívio era de poucos minutos. Não sofreu influência de colegas ou da internet para iniciar o comportamento, descobrindo, posteriormente, que alguns praticavam na escola.

Na relação entre ASIS e comportamento suicida, Stach afirmou que teve pensamentos suicidas em todos os três episódios da ASIS, mas também em outros momentos, apesar de nunca ter feito uma tentativa. Perguntado sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a 10, disse ser zero. Não encontramos fatores de proteção; como fatores de risco principais, vemos o comportamento violento da mãe alcoolista, relacionamento conflituoso com o irmão, ausência do pai e comportamentos inadequados na escola.

5.1.6.1 Análise

A narrativa do Stach aponta que sua infância prejudicada pela violência que sofreu intensamente por parte da mãe. Disse: “Minha mãe me batia todo dia, era quase todo dia.”. Nenhuma boa lembrança dessa fase da vida. O cenário de violência continuava até o momento da entrevista: “Ela ainda me bate”.

Antes mesmo de nascer, seus pais se separaram “Minha mãe disse que não era nem nascido, na gravidez eles já se separaram. O pai, não é presente: “É difícil ver ele. Eu vejo ele por aí”. Diferentemente de outros entrevistados, falou pouco sobre a falta do pai, parecendo não se sentir à vontade para tal.

A violência sistemática da mãe tinha um motivo: “ela bebe”. Até a convivência com o irmão mais velho foi prejudicada pelo cenário violento de casa: “Teve uma época que minha mãe batia muito nele. Aí ele deixou de falar com ela e deixou de falar comigo, também”. O alcoolismo é um fator de risco para o ambiente familiar caótico, que por sua vez, é um fator de risco para sofrimento grave e comportamentos de risco como ASIS e comportamento suicida.

Outro destaque dado por Stach foi o comportamento inadequado na escola, tendo protagonizado momentos de desrespeito e violência, até mesmo em sala de aula. A mãe relatou na conversa de fechamento um episódio que ele não contou na entrevista; Segundo ela: “ele socou o nariz do menino aqui no colégio e quebrou o nariz do menino”. A mãe, sugere que ele possa ter algum problema neurológico ou de comportamento por causa disso “quando ele era pequenininho o papai, brigando com a mamãe, e ele tava na frente da mamãe e ele era novinho, recém-nascido, aí o papai não tinha visto ele dentro da rede. Pegou a rede e sacudiu e jogou ele. Aí eu não sei se afetou alguma coisa na cabeça”, e não houve tempo hábil para que o pesquisador evitasse que o entrevistado fosse exposto a esse comentário da mãe (ainda que, possivelmente, isso ocorra dentro de casa). A resposta de Stach sobre ter algum problema “na cabeça” foi imediata “ou então é o cabo de vassoura que você tacava na minha cabeça”. Após isso, a conversa foi contornada para que o pesquisador pudesse dar as orientações necessária aos dois, inclusive para a mãe poder ajudar Stach a melhorar seu desempenho escolar e ajustar o comportamento.

5.1.7 Minerva

Minerva tem 12 anos, é parda e sem religião, cursa o 6º ano do Ensino Fundamental, Mora com avó, tio, tia e dois primos. Na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “bem”.

A entrevistada considera a infância como uma fase ruim, não tem lembrança de nada positivo durante esse período. Relatou como fatos negativos a separação dos pais, que causou distanciamento de ambos, já que o pai moram em outras cidades. A mãe é alcoolista. Houve uma tentativa de morar com a mãe, mas não deu certo. Relatou que foi um período muito ruim. Minerva tem um sentimento de abandono por parte dos pais.

A adolescência foi pontuada como “melhor que a infância”, e descreve como pontos positivos maior carga de responsabilidade e de amadurecimento. Quanto aos aspectos negativos fala sobre a difícil ausência do pai, a quem revela gostar mais que da mãe, além dos conflitos familiares. O ambiente escolar não é favorável, disse ser violenta e sofrer bullying na escola, onde tem relações conflituosas com colegas e professores. Não tinha um bom padrão de sono, e pratica atividade física, capoeira e karatê.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Minerva afirmou que o último episódio ocorreu dois meses antes da entrevista, motivada por raiva de uma colega da escola. O primeiro episódio ocorreu cinco meses antes da entrevista e relata que a frequência era diária, no ambiente escolar (na sala de aula, na presença de alguns colegas). Minerva contou que o primeiro contato com ASIS foi através de colegas da escola, entretanto, não falou sobre o efeito de contágio dela sobre o grupo. O método é o corte (superficial nos braços, sem dor e com lamina). O sentimento que precipitava os episódios de ASIS era a raiva, e descreveu como função o alívio da dor emocional. O tempo de alívio não durava mais que poucas horas, e após a sensação inicial de alívio, emergia culpa.

Minerva, quando questionada sobre a prática da ASIS com a ideação suicida, negou a ocorrência, e disse que a intenção de se matar num futuro próximo, numa escala de zero a dez, era zero. Os fatores de risco foram minimizados já que o bullying sofrido era na escola anterior não ocorria mais na atual, porém a ausência dos pais ainda causava muita tristeza. Quanto aos fatores de proteção que impedem Minerva de pensar em suicídio, ela afirma que são as práticas esportivas, a melhora do ambiente escolar, a participação no Projeto Pelotão Mirim e a ação da avó, ao dizer que “quem se corta pega câncer”.

5.1.7.1 Análise

Minerva discorreu sobre sua família com algo comum em, praticamente, todas as suas relações familiares: não se sente acolhida. Pareceu que com a mãe esse sentimento seja mais forte “Não foi muito boa (infância) porque a minha mãe nunca gostou de mim”, que ora ela retribuía “Eu só morei com a minha mãe só uma vez. Mas eu não gostei dela”, ora não “Eu tenho a foto dela, eu guardo, quando eu sinto saudade dela eu vejo”. Paradoxo de sentimentos que a deixava confusa em alguns momentos da conversa.

Parecido com o que aconteceu ao Stach, os pais de Minerva se separaram pouco tempo depois dela ter nascido, a mãe e o pai mudaram-se para outros estados. No caso dela, a ausência sentida é de ambos “queria que eles se ‘ajuntassem’, viver com meus pais. Dá Um pouco de saudade”. Saudade que ela não tem da primeira infância, quando lembra dos relatos da avó sobre a mãe (alcoolista): “Ela morava aqui mas ela bebia muito, aí minha vó... Aí num dia minha vó disse, ela conta a história quando eu era bebezinha, que minha mãe ficava

bebendo, aí eu ficava na casa dos outros lá sofrendo”. Duas outras pessoas da família são apontadas no mesmo sentido, não gostam dela, a avó materna “A minha vó não gosta muito de mim não” e o irmão “eu não gosto dele, nem ele gosta de mim”. Ou seja, dentre os familiares de Minerva, apenas com a avó paterna ela mantém uma boa relação.

A ausência do pai não passou despercebida na entrevista: “meu pai não mora comigo também. Eu só tenho contato pelo meu tio”. Outra jovem carente de uma referência paterna. Interessante refletir como alguém que quase não conhece pai e mãe, acredita que ambos não gostam dela, principalmente a mãe, mantém a necessidade e vontade de tê-los juntos consigo. Isso pode sinalizar sobre a importância dos pais e um ambiente familiar saudável para o desenvolvimento e formações das crianças e adolescentes. A separação de pais, por si, não impede que o desenvolvimento saudável do filho mas o que vemos nesses relatos é que o pai, em especial, muitas vezes se afasta gradativamente do convívio dos filhos após a separação.

Minerva falou que conheceu e iniciou o comportamento de ASIS através de colegas da escola, reforçando o poder do efeito de contágio deste fenômeno: “Foi as minhas amigas”. Elas se juntavam na escola e praticavam coletivamente: “aí agora tava eu e minhas duas amigas, se cortando. Mas agora, que eu tava andando nessa outra sala, só era eu e na primeira sala que eu tava era eu e outra minha amiga, muitas vezes em sala de aula mesmo” O apelo do efeito de contágio que faz com que a ASIS se propague com rapidez nas escolas vem pelo relato de quem já iniciou “As minhas amiga disse que todas as vezes quando eu ficar com raiva, a pessoa pode descontar na pessoa mesmo ou na... Pra não descontar na pessoa, pra não bater na pessoa, a pessoa pode machucar ela mesmo”. A sugestão das colegas foi acolhida por Minerva por causa do comportamento seu violento na escola “Eu já bati numa menina aqui na minha sala. Após cada episódio de ASIS, diariamente na escola, a entrevistada sentia-se culpada, e um dos motivos da culpa era o medo de câncer “Porque minha vó disse que podia dar câncer na nossa pele. Aí eu me sentia muito culpada”. Esse também foi o motivo alegado para parar de se cortar. A culpa é um dos sentimentos mais frequentes após os episódios de ASIS, e a raiva um dos mais frequentes para desencadear o comportamento: “eu tava com raiva, ela (colega de sala) ficava me provocando, ficava caçando conversa comigo”. Raiva e culpa também podem emergir juntas, tanto antes como depois do ato.

5.1.8 Sofia

Sofia tem 12 anos de idade, branca e espírita, cursa o 7º ano do Ensino Fundamental e na semana anterior à entrevista, relatou sentir-se “mais para por que para melhor”. Mora com a mãe e avó materna.

A infância foi considerada uma fase ruim. As lembranças positivas dessa fase são relacionadas com os momentos vividos com o pai, ainda muita criança, as brincadeiras com os irmãos, o ambiente na casa da madrinha, a quem considera mãe, e o início do karatê. Quanto às lembranças negativas da infância, contou sobre agressão física e moral contra sua mãe, cometidas pelo pai e pela tia. Destacou a ausência do pai.

Em relação à adolescência, a entrevistada tem uma percepção inicial “legal”. E vê como positivo as novas amizades e o amadurecimento. Entretanto, junto com o amadurecimento, vieram as cobranças, o “lado negativo” da nova fase. De maneira mais contundente, Sofia, relata problemas com colegas que praticam ASIS, e indica que o mau rendimento escolar que ocasionou reprovação no ano anterior, como fato também negativo na adolescência, somando-se uma crise de orientação sexual. A entrevistada pratica atividade física, karatê, além de ter um padrão de sono bom, sem uso de medicamentos.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Sofia afirmou que o último episódio ocorreu seis meses antes da entrevista e o fator precipitante foi a morte da madrinha que considerava mãe, situação que causou uma tristeza muito profunda. O ritual da ASIS foi no banheiro, ouvindo música, e seguido da alternância de corte profundos e superficiais. Falou que sentiu pouca dor e objeto utilizado foi a lâmina de barbear. Para evitar o stigma das cicatrizes, Sofia, evita se autolesionar com cortes e esmurra a parede até machucar as mãos. Contou também que sente alívio da dor emocional, e disse que o tempo alcançado de alívio dura cerca de uma hora; após o término. Associados ao alívio vêm os sentimentos de arrependimento e culpa. Sua mãe pretendia tirá-la da escola para afastar dos colegas que também praticavam ASIS, por saber que a filha se deixou influenciar pelo grupo da escola que já havia aderido ao comportamento. Sofia destacou que, além da influência de pares, foi também contagiada por sites da internet. A entrevistada não tem acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico.

A relação da ASIS com o comportamento suicida não foi detectado na narrativa de Sofia. Nem mesmo durante a ocorrência da ASIS. Os fatores de risco apontados foram a crise de orientação sexual, conflitos familiares e a ausência dos pais, além da perda da madrinha. Entre os fatores de proteção identificados estão a prática esportiva e o sono reparador.

5.1.8.1 Análise

Sofia trouxe na sua narrativa elementos comuns a outras narrativas, como separação dos pais, ausência do pai e violência doméstica. No entanto, trouxe uma questão muito importante que é fator de risco para sofrimento grave para muitos jovens: a crise de orientação sexual.

A separação dos pais com a conseqüente saída do seu genitor ocorreu quando ainda estava na primeira infância, o que não a impede de lembrar e sentir falta daquele tempo: “A ausência do meu pai, todo dia dos pais eu chorava muito. Momentos que eu passei com meu pai, eu lembro que era muito apegada com meu pai, mas agora eu nem ligo muito assim. Eu não sei como eu lembro porque eu era muito pequena”. Com o afastamento dele, resolveu fazer uma “programação emocional” para não criar expectativas, que foram frustradas sistematicamente, como disse: “porque eu acho que se eu ligar eu vou me machucar mais porque meu pai não liga pra mim. Ele não é tão presente na minha vida. Tipo, ele sempre vem pra cá (pai mora numa cidade do interior) só que ele não fala comigo que vem, eu fazia um monte de lembrancinha pra ele aqui na escola mesmo sabendo que ele não ia receber e eu rasgava tudo”. Atualmente, Sofia se protege: “Quando ele me promete uma coisa eu não espero que dê certo. Tipo, eu nem tipo, ‘ah se der certo que bom’, mas eu não espero que dê certo”. De qualquer maneira, tem uma importante referencia de figura paterna representada pelo padrinho e seu mestre de karatê “eu tenho uma ligação muito forte com meu padrinho, ele é tipo meu pai”.

As lembranças de violência em casa persistem. Ela disse: “...eu lembro do meu pai agredindo minha mãe. São cenas que ficaram na minha cabeça”. Outra jovem que, possivelmente, reproduz o ambiente violento no qual foi acostumada enquanto tinha os pais em casa, mesmo quando está sozinha: “Eu esmurro a parede. Tá machucado aqui ó. Eu esmurrei a parede, eu esmurro a parede escutando música, música que deixa a gente empolgado porque você tá socando a parede você nem sente, escutando a música. Parece que

nem tava lutando”. Bater parte do corpo contra a parede também é considerado um método de ASIS, que Sofia usou além dos cortes.

A propósito da prática da ASIS, a entrevistada comentou que o início se deu por contágio de colegas e internet “todo mundo dizia que aliviava né, na internet. Porque a Sandra (nome fictício da colega) se corta, a Sandra tem problema. Eu acho que isso é influência da Sandra e da Suzy (nome fictício da outra colega)”. O primeiro episódio ocorreu depois da morte da madrinha “Acho que um mês depois que minha madrinha faleceu. É como se eu tivesse perdido minha mãe porque eu tinha uma ligação muito forte com ela. Eu acho que eu nunca parei para chorar assim só por causa disso mas sempre doeu bastante”. Outro fator de risco é a perda de um ente querido. Infelizmente, o histórico de perdas muitas vezes é negligenciado, mesmo nas entrevistas iniciais de profissionais da saúde. Não é raro perceber o despreparo de pais e educadores para lidar com a ASIS, mas Sofia teve na sua mãe, após esta descobrir os primeiros cortes, um momento de acolhimento, tão importante em momentos dessa natureza “Ela brigou mas depois ela me abraçou”.

Sofia já havia se dado conta, no momento da entrevista, que os episódios de ASIS não resolviam suas angústias “Acho que é um momento... porque eu acho que pra ela chegar num nível de se cortar, de se machucar, ela deve tá muito na merda. E todo mundo fala que é uma coisa que alivia. Realmente alivia, só que depois vai pra mesma coisa”.

A crise de orientação sexual foi destacada como fonte de sofrimento, principalmente pelo preconceito social: “Não era que nem as meninas. As meninas gostam de coisas, eu não gostava. Porque a sociedade tem mesmo esse bagulho né, tem coisas para menina e coisas para menino. E eu gostava de jogar bola, de fazer muita ‘danadisse’, coisa que só os meninos faziam”. A internet serviu de palco para que Sofia percebesse que não era alguém sozinha no seu interesse pelo mesmo sexo “quando eu entrei na internet e vi que tinha outras pessoas igual a mim eu ficava ‘nossa mas eu também acho menino bonito, mas aquela menina também é muito linda’ e eu ficava tipo ‘meu Deus, o que eu tô fazendo da minha vida?’”. Perguntada sobre o que gostaria de falar aos seus pais e que nunca havia falado, ela foi categórica “Ó, eu sou bissexual!”. Em muitos casos de suicídio, a crise de orientação sexual está entre os fatores envolvidos. Felizmente, não era o caso de Sofia, não estava em risco de suicídio e foi clara a esse respeito: “tipo a minha vida é boa mas morrer não é a melhor solução”.

5.1.9 Rafa

Rafa tem 16 anos de idade, é negro e evangélico, cursa o 8º ano do Ensino Fundamental. Mora com mãe e o padrasto, o pai faleceu quando tinha oito anos, e, na semana anterior à entrevista relatou sentir-se “mais para melhor que para pior”.

Quanto aos aspectos da infância, ele disse não ter lembranças, e também não expressa nenhum sentimento sobre esse período de sua vida. A única memória dessa época são as brincadeiras na calçada de casa. Sobre lembranças negativas, relatou um acidente que sofreu aos quatro anos de idade, quando caiu de um prédio de dois andares, falou com pesar sobre a morte do pai e a perda do avô paterno.

Quanto à percepção sobre a adolescência, Rafa disse ser ruim, porque quando criança, era melhor que nessa fase atual. Ele discorreu sobre a relação ruim com o padrasto, sofrimento com as lembranças do pai e, no momento da entrevista, estava em sofrimento pela morte recente (quinze dias antes da entrevista) de um primo muito próximo (assassinado). Falou sobre as dificuldades enfrentadas no ambiente escolar em razão de um problema auditivo, que o leva a ter dificuldade de acompanhar os colegas em sala, se sente muito isolado, e relatou que eventualmente tem comportamento violento na escola. Quanto ao padrão de sono, é bom e não pratica atividade física.

Sobre o comportamento Autolesivo sem Intenção Suicida (ASIS), Rafa comentou que ocorreu apenas um único episódio e não soube precisar há quanto tempo exatamente. Foi motivado pela raiva de colegas da escola e do padrasto. A ocorrência foi na escola, no horário em que estava acontecendo aula, onde escondeu os braços embaixo da carteira escolar e fez corte superficial no braço com lâmina. Rafa não precisou quanto tempo durou a sensação de alívio após o episódio, mas que a ação provocou um alívio momentâneo da raiva que sentia. Disse não ser influenciado por ninguém da escola, mas que tinha conhecimento da prática entre pares. Fazia acompanhamento no CAPS.

Na relação entre ASIS e comportamento suicida, Rafa afirmou que não teve pensamentos suicidas enquanto se cortava, e quando questionado sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a dez, disse ser zero. Como fator de risco, foram observados a má relação com o padrasto e a morte do pai. Quanto aos fatores de proteção, a boa relação com a mãe e a amizade com um garoto da igreja.

5.1.9.1 *Análise*

Rafa foi lacônico em quase toda a entrevista. Mesmo assim, verificou-se na sua narrativa alguns elementos importantes, nada que fosse uma grande novidade frente aos outros depoimentos, mas que fortalecem aspectos relevantes que cercam o tema deste trabalho.

Com poucas lembranças da infância, duas foram evidenciadas por ele. O tempo das brincadeiras na calçada de casa “Brincava na calçada de casa mesmo”, os momentos lúdicos importantes para o bom desenvolvimento da criança e que é fator de proteção. A segunda lembrança foi a perda do pai: “eu tinha uns oito... eu tinha oito anos. Lembro sim. Ele morreu de acidente de moto. (...) Tem também o meu avô que era pai dele. Demais, eu gostava demais dele”. Falou do sofrimento pela perda trágica do pai pelas lembranças constantes “traz muito (sofrimento), porque fico tipo lembrando dele”. O padrasto não preenche essa lacuna e os dois não tem uma boa relação, no geral “não gosto muito dele, porque tipo assim quando eu quero uma coisa aí ele não quer me dar. Aí eu peço a mãe e ele fica obrigando a mãe não me dar”.

O histórico de perdas tirou de Rafa mais uma pessoa significativa, o primo de 18 anos que morreu assassinado: “meu primo que morreu agora, nós era muito apegado. Onde nós ia, nós ia junto, até para escola”. Outra morte súbita e trágica, com potencial ainda maior que outros tipos de morte para o luto complicado, aquele processo de luto não elaborado que se encaminha para o adoecimento do enlutado. No entanto, o quadro de luto complicado não era o que demonstrava o Rafa no momento da entrevista.

Uma questão importante colocada pela mãe na conversa de fechamento foi a deficiência auditiva do filho: “Ele tem problema, ele tem problema de audição, problema que levava a um rendimento acadêmico ruim e a criar situações constrangedoras na sala de aula.

Rafa fez um único episódio de ASIS até a entrevista. A raiva foi o que desencadeou o processo “foi assim uma raiva que eu tive aí eu comecei a me cortar; era de uns amigos meus e do meu padrasto”. O episódio ocorreu dentro da sala de aula “Foi na sala de aula, mas ninguém tava nem percebendo”, reforçando a ideia de que programas de prevenção precisam ser desenvolvidos nas instituições acadêmicas. O fato marcante no caso do Rafa, é que um amigo se tornou o maior fator de proteção dele contra a ASIS: “só que aí o amigo meu, que é

o Paulo (nome fictício do amigo), ele tipo me dá conselhos, fica assim do meu lado. Tipo ele tá vendo que eu tô naquela situação aí ele vai lá e conversa comigo. Aí quando ele fica conversando comigo, aí passa”. Ter bons amigos é um fator de proteção importante, fato ratificado por esse belo exemplo protagonizado por Paulo e Rafa.

5.1.10 Babsi

Babsi tem 14 anos, é parda e evangélica, e cursa o 7º ano do Ensino Fundamental. Mora com a mãe e, na semana anterior à entrevista, disse sentir-se “bem”.

A entrevistada considerou a infância como boa, associando a muitas brincadeiras, sobretudo quando chegou no Piauí (por ter muito tempo para brincar. As lembranças negativas estão relacionadas ao período que o pai a usava como álibi e constantemente a ameaçava por causa das traições que cometia contra sua mãe. Além do sofrimento causado pela separação dos pais.

Quanto à percepção sobre a adolescência, Babsi contou que tinha uma impressão “normal”. E elenca como ponto positivo a autonomia. Entre aspectos negativos, falou sobretudo do *bullying* sofrido na escola em razão de sua aparência máscula, e o medo que a cerca de ter depressão, pois sente uma tristeza constante. Sofre com crise de orientação sexual e não se aceita como homossexual, relata que “sente raiva e culpa”, e tem muita dificuldade de conviver com o olhar julgador das pessoas. Babsi tem um padrão de sono ruim, não faz uso de medicação e pratica futebol como atividade física.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Babsi afirmou que o último episódio ocorreu minutos antes da entrevista, diante de um estado de “vazio” profundo e tristeza. Os episódios ocorrem na escola e em casa, e o método é o corte com alternância de intensidade entre superficiais e profundos; o objeto utilizado é a lâmina de apontador de lápis, sem relato de dor. A entrevistada afirmou que sente um alívio da dor emocional, e disse não ter influenciado o grupo, entretanto, relata que foi iniciada na prática da ASIS pelas colegas. Os episódios tinham frequência de uma vez por semana, e o tempo de alívio de três dias.

A relação de ASIS com o comportamento suicida foi destacada por Babsi, quando relatou ter ideação suicida em 10% (dez por cento) das vezes que praticou ASIS. Os fatores de

risco que contribuíram para a ideação suicida foram: a não aceitação pela aparência e por sua orientação sexual, padrão de sono ruim, ausência do pai e conflito com mãe. Perguntada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a dez, disse ser zero. O fator de proteção da Babsi para não pensar em suicídio é o esporte.

5.1.10.1 *Análise*

Babsi foi quem deu mais ênfase à fase da infância, principalmente quando mudou de estado, após a separação dos pais. O fato de ter saído de uma cidade grande e mudar para uma do interior, ajudou sobremaneira para poder usufruir de um lugar mais seguro e aproveitar bem ser criança, mais especificamente brincar: “Foi bom, eu brincava muito. Era mais livre, mais liberdade de brincar, andar de bicicleta, jogar bola, brincava de ping-pong naquelas mesas”. Um aspecto importante colocado por ela é o contato com a natureza: “Ficar subindo em cima do pé de manga, ficar brincando, tirando manga”. Assim como o tempo para o esporte e para o ócio, uma parcela das crianças das novas gerações, talvez a maior parte delas, não tem mais um contato direto e frequente com a natureza, muito em função dos tempos corridos e das novas tecnologias. Como resultado desse déficit, encontra-se crianças obesas, sem capacidade de improviso, baixa imunidade, viciadas em tecnologia e com problemas de socialização.

Uma questão marcante, quando ainda morava na cidade grande com os pais, foi ter sido usada pelo próprio pai como álibi para as traições conjugais: “Foi caso de traição, ele saía e me levava com ele para encontrar outras mulheres. Me levava. Mentia, dizia que ia pro shopping e quando chegava lá ia pra casa da mulher que ele já tava junto”. Para garantir o silêncio da filha, a ameaçava “E quando chegava em casa, mandava eu não contar nada para minha mãe e que se eu contasse eu ia apanhar”. Tempos depois, Babsi não aguentou a pressão e contou tudo para a mãe, que ocasionou a primeira separação. Todavia, não se sente culpada por isso, nem abandonada: “não, nunca senti”. E, não nutre mágoa do pai (mora ainda na outra cidade) “Gosto, normal né”.

Na verdade, o sentimento de rejeição que Babsi relatou vem da discriminação e preconceito por ter aparência máscula e ser homossexual “me sinto rejeitada”, inclusive sendo vítima de *bullying* na escola e vizinhança “por causa do meu estilo, do meu corte de cabelo,

ficam me chamando de Maria sapatão e ficam trocando o meu nome para o nome masculino. Até hoje”. Decorre disso um medo que a cerca de ter depressão “tem adolescente que sofre depressão e isso eu tenho medo. Porque do nada eu fico triste, vontade de chorar, por causa de meu jeito e tem pessoas que fica me olhando assim na rua. Não gosto muito assim. Ai eu fico com aquilo na cabeça”.

Perguntada sobre o que gostaria de falar para os pais que nunca falou, foi incisiva em dizer “Que eu gosto do mesmo sexo, mas isso eu tenho medo deles não aceitarem”.

Na conversa com a mãe, o pesquisador sugeriu que ambas fizesse psicoterapia para ajudar na solução desse conflito, visto que a mãe já sabia. “Ela faz de conta que eu não contei e não sabe de nada”, disse Babsi.

A entrevistada observou que sentimentos de tristeza e vazio desencadearam o primeiro episódio de ASIS, que ocorreu na escola “Foi aqui na escola”. Ela disse que o contágio veio da interação com amigas: “E eu fiquei curiosa, peguei aquela gilete do apontador e fui fazendo, fazendo, fazendo”. Assumi que pretende parar de se cortar e relata sentir-se culpada quando termina o ritual: “Queria parar com isso. Parar de fazer [...] me sinto culpada, porque mesmo se eu me cortar a dor nunca vai embora”. A propósito, o fato de ter consciência de que a ASIS não elimina as dores existenciais, é um ponto a ser explorado pelo terapeuta, que deve ajudar a pessoa a desenvolver estratégias: “eu procuro mais de procurar coisa pra mim fazer pra não ficar pensando”. É importante tirar o foco naquele momento da fissura: “tipo assim, eu não corto na hora. Eu fico chorando, ‘ah, mas por quê isso e tal?’. Eu fico pensando e pra parar isso aqui eu choro, choro, ai dá aquela vontade de fazer”. Outra estratégia de prevenção e tirar do ambiente os materiais utilizados para a prática da ASIS, o que Babsi já estava fazendo intuitivamente “Queria parar com isso. Parar de fazer. Joguei todas as gilete que eu tinha fora e quero parar de fazer isso”. Apesar de ter feito tentativa de suicídio, Babsi não estava mais apresentando risco e o maior fator de proteção era a mãe “Pensava na minha mãe, como seria ela sem mim. Parava, ficava pensando nela e tirava ‘não vou fazer isso’”.

5.1.11 Celina

Celina tem 12 anos de idade, é parda e católica. Estuda no 6º ano do Ensino Fundamental. Mora com a avó e a bisavó maternas. Na semana anterior à entrevista disse sentir-se “bem”. Sobre suas lembranças em relação à infância, a entrevistada relatou que sua percepção não foi muito boa. Ela fez referência a aspectos positivos, como a memória da família reunida, período que ela recebia mais atenção dos familiares e das muitas brincadeiras de criança. Quanto aos aspectos negativos, Celina falou sobre a morte prematura do pai, ausência da mãe, a perda da tia-avó, ter sido vítima de *bullying* no ambiente escolar e entre vizinhos, além de sentir um sentimento de culpa intenso.

O período da adolescência é considerado “normal”. Ela revelou que o aspecto positivo é a liberdade para namorar. Quando falou das questões negativas, retratou as inúmeras discussões com a avó, o distanciamento do irmão menor, que mora com a mãe, término recente de um namoro, morte do pai que tinha envolvimento com tráfico de drogas e os conflitos frequentes entre mãe e avó. No ambiente escolar, citou o apoio de uma professora e de alguns colegas. Não pratica atividade física e tem um padrão de sono bom, quando faz o uso de medicação; quando não utiliza medicação, tem sono instável, acordando várias vezes ao longo da noite.

Sobre o comportamento de Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS), Celina comentou que o último episódio ocorreu um dia antes da entrevista, após a lembrança do término do namoro e a tristeza que se abateu. Relatou que semanalmente pratica ASIS, tendo como método o corte, e o objeto a lâmina de barbear. Os cortes se alternam em mais profundos e outros mais superficiais, seguidos de dor e/ou ardência. Os episódios ocorreram sempre à noite, no quarto e sozinha. Após se cortar, sente alívio durante dois ou três dias, um alívio da dor emocional. O efeito de contágio do grupo sobre Celina se deu influenciada pela amiga, porém relata que não tem efeito de contágio dela sobre os demais. O sentimento que surge após a ocorrência da Autolesão é o arrependimento. Celina tem acompanhamento psiquiátrico.

Na relação entre ASIS e comportamento suicida, a entrevistada afirmou que teve pensamentos suicidas simultâneos à prática da ASIS, em 100% das vezes, mas também pensou em suicídio em outros momentos. A ideação suicida sempre surge sob a forma de

enforcamento. Quando interrogada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a dez, disse ser dez. O único fator de proteção revelado por Celina, era o apoio da professora. Quanto aos fatores de risco, estão o término do namoro, *bullying*, distanciamento da mãe e do irmão, ambiente familiar caótico e a má influência de colegas na escola.

5.1.11.1 Análise

Celina se ressentia da falta da mãe, pois o pai morreu e nem mesmo o conheceu. Morando com a avó, a mãe distante e com pouco contato. Assim, as lembranças da infância eram boas por causa apenas dos momentos da família reunida. Só não foi muito boa porque a minha mãe não tava assim do meu lado: “Quando eu tinha um almoço em família, aí reunia a família toda e minha mãe tava lá. Só não foi muito boa (infância) porque a minha mãe não tava assim do meu lado o tempo todo”. E lembra que também era mais cuidada, disse: “porque quando eu era pequena, assim... a pessoa tinha mais atenção”. Mas, havia o outro lado positivo de estar perto da mãe: “...[Tinha a] questão da minha mãe. Porque quando eu era pequena, ainda era tudo bem. Aí com a mãe era briga”.

O ambiente familiar na casa da avó era mais fator de risco do que de proteção, pois Celina relatou várias situações de abuso emocional “minha vó tá com a pressão muito alta, como se a culpa fosse minha né. Aí ela faz isso aqui pra mim e não sei o que e fala que eu quero matar ela, mas eu tenho certeza que eu não vou matar ela. Aí eu nisso eu fico. Ela me xinga de todo nome, eu fico calada”. Novamente, percebe-se um ambiente familiar caótico, considerado um grave fator de risco para sofrimento grave e comportamentos autodestrutivos.

O pai da entrevistada morreu cedo: “Mataram, ele foi, ele foi assassinado” (...) “porque ele era envolvido nessas coisas. Era... fumava... Ele era mala, usava drogas. Até jurava de tirar o pescoço da minha vó”. Contudo, Celina, não gosta de ouvir falarem mal dele nas ruas: “É porque eu não gosto muito assim do pessoal ficar falando, Aí eu não me sinto bem”. Também foi, e ainda era no momento da entrevista, vítima de *bullying* na escola: “É que quando eu era assim mais pequena, o pessoal ficava me chamando de zarolha e outras coisas. Até hoje. Me deixa mal, muito triste toda vez que acontece”.

O detalhamento da prática de ASIS foi destacado por Celina. Um dia antes da entrevista, fizera o último episódio, entristecida pelo fim do relacionamento: “eu fico triste porque eu terminei meu namoro agora”. Um ano antes daquele último episódio, ocorreu o primeiro: “Eu comecei a me cortar porque isso foi a minha amiga que me ensinou a me cortar. Porque eu vi ela cortando e aí eu peguei a gilete e fui me cortar. Ela se cortava aqui na escola. Na sala de aula, quando não tinha professor”. O contágio de seu com muita semelhança a vários outros entrevistados, e Celina aderiu e incorporou a prática no seu cotidiano, bastava ficar triste. “Aí na hora que eu ficava triste, a primeira coisa que vinha na minha mente era me cortar. Aí eu pegava e me cortava,” No início disse que não foi por tristeza, mas que queria fazer como a amiga: “Mas quando eu comecei a me cortar mesmo, sem pra que e sem porque, eu me cortava. Quando eu me corto, eu tô triste, eu vou lá e me corto, pra mim passa.” Disse que o alívio da dor emocional dura até três dias. Um detalhe dito por ela é relevante para o terapeuta agir nessa demanda: “vem aquele ‘fogo’ (entenda-se pressão) por dentro da cabeça dizendo que é para se cortar”. Estratégias podem ser desenvolvidas para que a pessoa saia do foco daquele momento em que “o fogo está subindo”, estratégias factíveis, memorizadas pela pessoa em risco e que, passando esse tempo do “fogo subindo”, o episódio de ASIS pode ser evitado. Sobre o que ocorre nos episódios Celina descreve que “Às vezes não dói. Aí eu vou lá na pia e lavo. Aí eu vou me deitar. E fico pensando”.

Em todas as vezes em que se cortou, a entrevistada disse ter ideação suicida: “Sempre. Toda vez que eu me corto. Dá vontade de passar aqui e aumentar o corte. De passar pra abrir o corte de novo. Dá vontade de amarrar a corda no teto e colocar no meu pescoço”. Acredita que não faria falta “eu penso que se eu morrer eu não vou fazer falta pra ninguém”, crença bastante presente em pessoas com risco de suicídio.

No momento do fechamento com a avó e a representante da escola, foi colocado pelo pesquisador a situação de risco e conversado sobre as intervenções urgentes a serem feitas, principalmente os tratamentos psiquiátrico e psicológico.

5.1.12 Júlia

Júlia tem 15 anos de idade, é negra e sem religião. Cursa o 9º ano do Ensino Fundamental. Mora com quatro irmãos, dos quais três são deficientes, e a mãe. Na semana anterior à entrevista, Julia relatou sentir-se “mais para melhor do que para pior”.

A entrevistada tinha da sua infância boas lembranças, enfatizando as brincadeiras com os irmãos. Quanto aos relatos dos aspectos negativos durante a infância, ela revelou a violência presenciada por ela que o pai, alcoolista, cometia contra a mãe.

Em relação à adolescência, Júlia tem uma percepção ruim, já que é uma etapa que exige muita responsabilidade na tarefa de cuidar dos irmãos para ajudar a mãe. De modo contraditório, a entrevistada diz que percebe como positivo na adolescência o fato de poder ajudar a mãe e fala da boa relação que tem com ela. A entrevistada não falou sobre suas relações no ambiente escolar. Disse que tem um padrão de sono ruim e não pratica atividade física.

Sobre o comportamento Autolesivo sem Intenção Suicida (ASIS), Júlia comentou que o último episódio ocorreu quatro meses antes da entrevista, após um sentimento de angústia, desesperança, falta de vontade de viver, relacionada à morte do pai; ela relatou que ouvia vozes pedindo para encontrá-lo. A ASIS tinha frequência diária, ocorria sempre à noite, no seu quarto, quando todos estavam dormindo; o método era corte (na mão), sem relato de dor e usava como objetos uma lâmina e vidro. Ela disse sentir um alívio da dor emocional que dura poucos minutos e tentou sempre esconder da mãe esse comportamento. Após a ocorrência da ASIS, vinham sentimentos de arrependimento e culpa. A entrevistada não relatou efeito de contágio sobre o grupo, nem do grupo sobre ela.

Na relação entre ASIS e comportamento suicida, Júlia afirmou que teve pensamentos suicidas em 40% das vezes. Perguntada sobre a intenção de se matar no futuro próximo, numa escala de zero a dez, disse ser zero. Como fator de proteção, foram identificados a proteção aos irmãos e o temor de deixar a mãe sozinha para cuidar deles. E, como fator de risco, identificou-se a condição de excessiva responsabilidade sobre os irmãos, a lembrança do pai violento e alcoolista, mas também a sua ausência.

5.1.12.1 *Análise*

Júlia narrou uma história de vida muito difícil. Da infância, poucos bons momentos, semelhantes aos destacados por outros entrevistados que lembraram com satisfação das brincadeiras de criança “era bom quando eu brincava com meus irmãos”. Mas, na mesma infância viu seu pai, alcoolista, tratar a família de forma violenta “as brigas com meu pai. Era demais. Ele me batia demais”. Quando a violência física era dirigida a ela e outros membros da família: “eu presenciava tudo, ele era ruim demais. Bebia demais. E mesmo não tando bebendo, também era violento com todo mundo lá de casa”. Três anos antes da entrevista o pai morreu e, apesar do histórico de violência contra ela e toda a família, relatou algum sentimento em relação a ele “Por mais que eu não gostasse dele também ele... ele é meu pai né?”. A figura paterna no centro das narrativas.

Atualmente, a família é composta por ela, a mãe e quatro irmãos, dos quais três com deficiência “aí hoje minha mãe tem três deficientes e eu e meu irmão de quatro anos”, sendo uma irmã cadeirante. A mãe não trabalha e recebe apenas um valor de pensão por causa dos filhos deficientes. Nesse contexto, com diversos fatores de risco, não é difícil imaginar o grau de sofrimento de Júlia com tamanha responsabilidade: “eu tomo conta dos meus irmãos para ajudar minha mãe. Eu queria já ser adulta. para ajudar minha mãe. É difícil ter uns irmãos daquele jeito”.

A condição financeira precária contribui para o cenário de sofrimento “tem uma amiga que tem uma coisa e eu não tenho, eu peço pra minha mãe e num dá pra ela comprar, mas eu entendo”. Condições de vida como essa também são fatores de risco para comportamento autodestrutivo.

Júlia já iniciou a vida sexual, e tem um padrão de sono ruim (outro fator de risco), a ponto de tomar remédio para dormir “tô tomando remédio. Aí eu tomo mas ainda me sinto cansada com ele também”.

Entre o último episódio de ASIS, quatro meses antes da entrevista, e o primeiro, se passaram dois anos e meio com episódios diários de cortes (método utilizado). A primeira vez ocorreu “depois de mais ou menos dois, três meses que o meu pai faleceu”. Tinha alucinações e ouvia o pai chamá-la para ir ao seu encontro “Quando ele pediu, eu tentei fazer só que eu não queria, não era eu querendo, era ele”. Para não tirar a vida por causa do “chamado do

pai”, começou a praticar ASIS “Ele falava pra mim encontrar com ele, só que aí eu usei isso aí”. Com o passar do tempo, já não era mais a voz do pai o único motivo para a ASIS “Quando eu começava a me cortar por um motivo, vinha outro aí ajuntava”, ratificando que a ASIS ocorre em função de vários fatores, ainda que um possa desencadear o comportamento. Em certos momentos, parecia estar com confusão mental: “um tempo quando eu acalmei mais, eu perguntei por que eu tava fazendo aquilo e eu não sabia nem o porquê e nem o que eu tava fazendo”.

Pensamentos suicidas acompanharam os episódios de ASIS em 40% das vezes, relatou Júlia. Cita um exemplo: “Eu acordei de repente aí cheguei, sei lá, fiquei assim... num tava me sentindo assim querendo... tá viva...aí me cortei”.

Os cortes davam alívio das dores emocionais, mas, “quando aquele sentimento parava, aí pronto. Quando a raiva passava, acabou o dia me sentindo culpada”. Sequência já colocada por outros entrevistados: algo acontece que leva a pessoa à prática da ASIS, um gatilho, ocorre o episódio, gera um certo “alívio da dor”, um tempo depois passa o alívio e vem arrependimento e culpa.

Nesse cenário, foi de fundamental importância a busca da psicoterapia para que Júlia compreendesse que “Não valia a pena. Só que depois eu fui saber, ó se eu morrer eu não vou poder ajudar meus irmãos, minha família aí eu não... comecei a tentar parar”. Tanto que ao ser perguntada sobre que coisas mudaria na sua vida, a entrevistada respondeu categoricamente: “Não ter me cortado!”.

Júlia não apresentava mais risco de suicídio no momento da entrevista, estava, inclusive, há alguns meses sem episódio de ASIS. No entanto, no momento do fechamento com a pessoa responsável e a representante da escola, foi destacado pelo pesquisador a importância da continuidade dos tratamentos.

5.1.13 Hugo Cabret

O objetivo dessa caracterização é expor, de forma sintética, a narrativa de vida do estudante adolescente escolhido, com o detalhamento ordenado cronologicamente – iniciando pelo perfil e etapas de infância e adolescência – dos fatos mais importantes, considerados fatores de risco para o desenvolvimento do comportamento da ASIS. Estes são devidamente

validados unicamente por referencial teórico internacional, visto que não temos referencial teórico nacional, assim dialogar-se-ão com os aspectos relatados no estudo de caso.

5.1.13.1 Perfil

Hugo tem 14 anos; é branco; estudante do 9º ano do Ensino Fundamental de uma Escola Municipal. Mora com a mãe, um meio-irmão mais velho e a única irmã “de sangue” e o padrasto.

5.1.13.2 Etapa de infância

Hugo relata que, aos quatro anos de idade, ao brincar “inocentemente”, colocou uma corda no pescoço, se jogou e a mãe o pegou no braço:

Uns quatro ou três anos. Minha mãe nunca esqueceu, ela tirou todas as cordas de casa. É o seguinte, a primeira vez que eu tentei suicídio eu era pequeno, eu era inocente. Eu não sabia nem o que era. Eu botei a corda no pescoço lá na varanda lá de casa e falei “Mamãe, mamãe, olha. Olha mamãe”, aí ela “O que foi meu filho?” aí eu pulei. Na hora que eu pulei ela saiu correndo e me pegou no braço. Ela me pegou a tempo.

Na sua narrativa, o entrevistado descreve a infância como péssima, e enumera vários fatores, dentre eles, a violência física sofrida por ele, causada pelo irmão mais velho e por sua mãe, que fazia acompanhamento psiquiátrico por causa do diagnóstico de depressão: “Eu apanhava, às vezes, meu irmão me batia”. . Sobre a convivência com sua mãe, ele se refere como “distante e indiferente”,: “(...) fui criado na mão de empregada. A minha mãe pouco tempo tava em casa (...) tipo, poucas vezes que eu tinha contato com minha mãe”.

Além disso, durante essa fase, Hugo se queixa de ter sofrido *bullying*:

Porque eu era pequeno e gordo e sofria *bullying*. Eu apanhava pelo simples fato d’eu ser gordo, pelo simples fato de não gostarem da minha aparência física, de não gostarem de mim de certo modo, me batiam.

Nos estudos realizados por Bauman et. al., (2013) o fenômeno ‘*bullying*’ é considerado como importante fator de risco para comportamentos autodestrutivos como

automutilação e suicídio, por ser um evento traumático na vida do indivíduo. Christoffesen (2014) afirma que ser vítima de *bullying* em contexto escolar foi significativamente associado a um risco elevado de ASIS.

De acordo com Gratz (2010), a má qualidade da relação entre pais e filhos na infância pode ser considerado um fator de risco para ASIS em razão de proporcionar vínculos de apego inseguro, fazendo com que o indivíduo se sinta fragilizado. Hugo lembra com pesar da separação, *“meu pai, ele foi embora quando eu tinha quatro anos de idade”*. Ele relata que não lembra do período que os pais viviam juntos por ser *“muito criança”*. Risé (2007) aborda sobre o impacto negativo e desencadeador de transtornos que podem vir a surgir quando não se tem a figura paterna sadiamente introjetada. A primeira lembrança que Hugo relatou foi aos nove anos, nas férias que ele foi passar na casa do pai, ao que ele foi surpreendido com a ordem deste para que a madrasta o mandasse de volta. Pelo que soube, sem muitos detalhes, a causa foi uma discussão entre os pais em razão de pensão alimentícia. Segundo Hugo, tudo aconteceu quando *“ele tava viajando, ligou para minha madrasta que eu estava lá com ela, aí mandou eu ir embora da casa dele, aí eu fui embora para casa da minha tia, eu tava lá de férias”*.

Hugo enfatiza a ausência do pai na sua vida e da falta de confiança que sente nos pais, já que os conflitos eram frequentes e ele percebia que ambos tentavam manipular a situação em razão da separação:

Quando aconteciam ‘confusõeszinhas’ por parte do negócio de justiça, ele é meio retardado da cabeça e achou que a culpa fosse minha. Depois quando eu descobri a segunda face dele. É muito difícil de acreditar nas histórias porque um conta uma versão e outro conta outra.

Tal situação gerou uma instabilidade emocional que acompanha toda a trajetória de vida de Hugo. Ele revela também que não gosta do padrasto. Durante esse período, lembra com carinho da irmã mais nova, a quem se refere como a única pessoa na casa de quem gosta.

5.1.13.3 *Etapa da adolescência*

Hugo fala desse momento como bom. Se declara sem religião, mas que tem sua conexão espiritual independente, faz críticas à igreja, e diz que decidiu caminhar sem vínculo religioso, mas não se desconectou da espiritualidade. Nessa direção, Kress (2015) concluiu que a espiritualidade/religiosidade, satisfação e sentido na vida são fatores protetores contra ASIS, por promoverem suporte em momentos de angústia de quem estar em sofrimento grave, Hugo diz que:

Teve um tempo que eu era até ateu. Mas eu vim descobrir agora há pouco tempo, um amigo meu me mostrou, não me mostrou, mas me fez ver um caminho que me levasse a isso, que acreditasse que Deus existe. Mas eu quero distância da religião porque a religião causa muito... Ela 'endemoniza' muito as outras religiões. Eu converso com ele quando eu sinto que eu tenho que conversar. Não sinto pressão. Tem muitas pessoas que sentem muito pressionadas quando chegam no final do dia e não faz oração. Eu não, eu converso quando tenho que conversar. Se eu for chegar, mesmo não tendo nada pra falar e ainda falar alguma coisa. Não, fala se eu tiver alguma coisa pra falar, eu quero distância de religião e mais perto de Deus.

Ele se vê como alguém bastante introspectivo, de poucas palavras, e em casa conversa somente com a irmã. O estudo de Claes et.al. (2015) mostrou que existe um efeito direto da percepção, pelos filhos, do ambiente parental (percepção de falta de apoio emocional e percepção de crítica parental) na frequência de ASIS, assim como um efeito indireto através de depressão. Outro estudo teve como objetivo verificar a associação entre fatores parentais e familiares com ASIS em pré-adolescentes, e um dos resultados encontrados foi a interação significativa entre apoio dos pais, controle comportamental e a relação com os comportamentos da ASIS (Baetens et. al., 2013). Ainda que na história de Hugo não pareça ter controle comportamental por partes dos pais, ao contrário, o apoio destes para dar suporte ao filho tampouco existiu.

O estabelecimento de vínculos consistentes, em especial no sistema familiar e na rede de suporte social tem relevância, e no caso de Hugo havia uma grande dificuldade nessa habilidade, em estabelecer vínculos de confiança e afeto nas suas relações interpessoais. Hugo revela que seu único vínculo é com Ana:

No máximo com quem eu mais falo é a Ana que é a minha irmã mas nova e a única de sangue de pai e mãe. Só que nunca fui de falar nada pra ninguém, sempre guardei as coisas pra mim, acho que é um erro meu confiar demais nas pessoas. É, eu me lasquei muito por confiar. Eu nunca gostei de compartilhar nada pra ninguém.

Com o irmão mais velho, ocorreram discussões sérias com agressão física, ao ponto de romperem relações durante um período “*é porque ele queria mandar de mais na minha vida. E eu nunca fui de abaixar cabeça pra ninguém, aí sendo assim eu sempre tomava umas porradas dele*”. Ele se refere ao irmão durante toda a narrativa sobre a sua infância, não como uma relação de cuidador, mas sim de hostilidade. Baetens et. al. (2011) quando pesquisaram aspectos da co-ocorrência da ASIS e comportamento suicida entre adolescentes, encontraram nesse público aqueles que tinham histórico de tentativa de suicídio e ASIS, correlacionados a altos níveis de conflito com amigos e outras pessoas significativas. No mesmo estudo, sobre as diferenças na ASIS e tentativas de suicídio em adolescentes, um dos resultados mostrou que adolescentes com histórico de tentativa de suicídio eram mais propensos a relatar abuso físico, uso de substâncias e menos relacionamentos familiares, o que é coerente com dados da narrativa de Hugo, exceto uso de substâncias.

É possível perceber que um ambiente familiar caótico, propício para o indivíduo não conseguir regular suas emoções adequadamente, possa se tornar um importante fator de risco para a ASIS e comportamento suicida.

Em relação à mãe, ele diz não ter um ‘sentimento especial de mãe:

Nunca tive muita proximidade com ela não. Só a genitora, não que eu não goste dela. Eu gosto, eu amo a minha mãe, mas eu não tenho aquele... Eu não sou muito chegado não. Ficou guardado no meu inconsciente. Não vejo ela muito assim como uma pessoa próxima, como se eu visse uma melhor amiga. Eu não vejo, vejo como se ela fosse só mãe. Ela só é minha mãe. Não é amiga, não é nada. É só mãe.

Hugo justifica o comportamento distante da mãe devido à depressão que ela tem há muito tempo, e que isso a limita, inclusive profissionalmente,

Minha mãe não tem condição de ficar dando ordem o tempo todo, ficar mandando, brigando, porque ela já faz tratamento psicológico. Ela tem depressão, porque ela já faz tratamento psicológico.

Segundo Guerreiro & Sampaio (2013), dentre os transtornos mentais mais associados a ASIS, a depressão é um dos mais prevalentes, no estudo em questão, a situação se agrava por se identificar a patologia na mãe; no filho, a baixa autoestima é um dos sintomas da depressão relacionado ao comportamento da ASIS (Forrester, 2017).

Durante a entrevista, Hugo fala da quantidade de meio irmãos que possui decorrentes das relações paternas e maternas, que muitos já são bem mais velhos, que sua mãe engravidou precocemente e não tem contato com muitos deles. Para melhor explicar, fez um genograma no papel:

E assim ó. Tem papel aí? Aqui tá minha mãe e aqui tá o meu pai. Meu pai gerou três que é o Robert, a Raíssa e o Anderson. Aí daqui veio a Ana que é minha irmã e eu.

Segundo a *International Society for the Study of Self-injury - ISSS* (2010), a rede de suporte social é um relevante fator de proteção em relação a comportamento autodestrutivo, inclusive ASIS. Nota-se que a rede do entrevistado é ínfima, reduzida a apenas um membro familiar, fato que o torna bastante vulnerável.

O sentimento de desesperança é, com frequência, apontado como um dos mediadores da perigosa relação entre ASIS e comportamento suicida (Andover & Guibb, 2010). Hugo se mostra pessimista em relação ao futuro, além de estabelecer uma autocobrança sobre o futuro profissional incerto e se compara com familiares “bem sucedidos” e por não atingir bons resultados acadêmicos,

Esse ano provavelmente eu reprovou. O desgosto da família provavelmente eu vou me tornar. Na minha família todas as pessoas são formadas... Terminaram tudo. Ninguém nunca reprovou. Todos da minha família são bem sucedidos.

Hugo faz uma reflexão sobre a liberdade que a sua condição de adolescente o coloca, de terem dois lados, o da autonomia e o de ninguém ligar para ele. Mais uma vez, refere-se à da ausência do pai:

Só me faz pensar... se ele tivesse por perto, se ele, tivesse sido um pai, se as coisas tivessem sido diferente eu não teria feito algumas coisas. Se eu tivesse feito algumas coisas certo, se ele me aconselhasse a fazer algumas coisas certo e me botasse no

caminho certo, porque eu fiz muita merda. Com essa idade que eu tenho eu já fiz muita besteira.

O distanciamento do pai associado à ausência de limites é uma queixa recorrente na fala do entrevistado. De acordo com Bernardino e Kupfer (2008), os resultados preliminares da pesquisa de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI sinalizam para graves sintomas relacionados à função paterna disfuncional, assim como para a falta de limites das crianças no mundo contemporâneo.

5.1.13.4 Padrão de sono e prática de atividade física

Ele se reconhece como perfeccionista em relação ao seu corpo, o que gera fator de risco para a prática da ASIS, Hugo fala:

Aquele famoso pneuzinho, aquelas gorduras, aquela barriga, aquela famosa tetinha que todo adolescente tem. Dá um ódio isso. O meu corpo não é um corpo de desenvolvimento de um jovem, meu corpo já tem o desenvolvimento de um adulto. Tenho pelo no peito então a cada duas semanas eu raspo. Eu me considero uma pessoa gorda.

Atualmente pratica duas modalidades esportivas - judô e academia - e perdeu peso, já não tem mais o estigma de gordo, porém ainda acha que não está na sua condição física ideal. Há muitas evidências científicas de que a insatisfação com o corpo pode causar vulnerabilidade para a ASIS, em jovens e adultos jovens Muehlenkamp (2011). O estudo de Further, Muehlkamp and Brausch (2012), identificou que a imagem corporal é um mediador significativo na associação entre afetos negativos e ASIS entre adolescentes. A prática regular de atividade física deve ser contemplada como item importante na agenda de crianças e adolescentes. De acordo com Boone e Brausch (2016), na amostra de 167 alunos do ensino médio e estudantes universitários (média de idade 17,37 anos; intervalo etário 14-25), os resultados indicaram que a frequência da ASIS teve significativa correlação negativa com atividade física, e atividade física foi um moderador da relação entre sintomas depressivos e autolesão. Jarvi et.al. (2017), em trabalho que investigou a relação entre atividade física praticada na semana anterior ao episódio de ASIS em adultos, concluíram que a prática

regular de atividade física pode ser uma área de estudo relevante para explorar como intervenções paralelas podem ajudar no tratamento de ASIS (ex. exercícios de alta intensidade como forma de tolerar o estresse e gerenciar a urgência da pessoa em praticar ASIS).

Distúrbios do sono são um fator de risco para ASIS e comportamento suicida. Sobre seus hábitos, Hugo relata que tem sono de qualidade ruim, acorda sempre cansado, “*eu posso dormir muito, mas eu não durmo bem*”. Os distúrbios do sono estão na base de variados problemas enfrentados pelo indivíduo, sintomas como cansaço, irritabilidade, falta de equilíbrio motor e psicológico contribuem para o mal funcionamento da pessoa e em especial, quem está em sofrimento grave fica mais suscetível aos comportamentos autodestrutivos como a ASIS (Lundh, Bjarehed & Wangby-Lundh, 2013). Nas mesma direção, Whitlock et. al. (2015) citaram a lista do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, onde os distúrbios do sono aparecem como fator de risco para ASIS e comportamento suicida.

Segundo Boone e Brausch (2016), há uma correlação negativa entre atividade física e a frequência de ASIS. Também concluíram que, uma maior frequência de ASIS está relacionada a altos níveis de sintomas depressivos e a baixos níveis de atividade física. Portanto, é evidente o benefício de atividade física para o indivíduo como um importante fator de proteção contra ASIS. Quanto às motivações positivas, foram identificadas dois fatores, o esporte e a irmã, a quem ele descreve como seu único vínculo importante:

Pra mim ela é única pessoa da família que eu me importo realmente. Por mim, se todo o resto morresse... A única que eu senti alguma coisa de verdade é a Ana. A única que sou mais chegado.

5.1.13.5 Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS)

O Hugo relatou que iniciou a prática de ASIS dois anos antes da entrevista,

Tudo o que estava acontecendo na minha vida. Eu não tava me sentindo bem com nada, tava me sentindo um lixo. Não tava conseguindo fazer as coisas direito. É, tudo. Ainda hoje eu tô aprendendo a aceitar o agora. Meu amigo me falou para viver um dia de cada vez. Eu tô vivendo um dia após o outro. Mesmo que não tenha sentido, eu tô vivendo um dia após o outro.

Segundo o entrevistado, os fatores que precipitaram a prática de ASIS foram motivados porque:

No tempo que eu tava com depressão. ‘Peguei’ depressão e tô melhorando agora. Era muita briga em casa e... Muita discussão, muita briga. A pessoa que tem depressão nunca pára, ela tem recaídas. A vontade de me matar o tempo todo, a tentativa de suicídio que eu fiz. Eu sentia como se a minha vida tivesse uma merda. Eu tava me sentindo um lixo, não tava de bem com o meu corpo.

A ASIS é um fenômeno complexo e multideterminado. Fatores de ordem fisiológica, ambiental, cognitiva, afetiva e interpessoal interagem numa complexa relação para que o indivíduo adira ao comportamento (Muehlenkamp, 2014). Percebe-se que Hugo passava por um momento com vários estressores, tais como a depressão, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, ambiente familiar caótico, problemas com autoimagem corporal, falta de Sentido e ideação suicida. Alguns desses aspectos foram referenciados anteriormente. No caso do Sentido na vida, faz-se importante comentar que o discurso da pessoa com comportamentos autodestrutivos, com frequência, traz uma relação próxima entre a falta de “sentido na vida”, o vazio existencial e a vontade de não mais existir (Aragão Neto, 2015).

Os episódios possuíam uma frequência de duas vezes por mês, eram marcados por cortes profundos sem sensação de dor, inicialmente fazia cortes no braços. Hugo relata que *“em 2016 um amigo meu até viu no meu braço e perguntou o que era e eu disse que era ferida, que tinha caído”*. Identifica-se uma ambiguidade entre a preocupação com o estigma da ASIS (a maioria dos que praticam ASIS não querem exhibir os ferimentos) e o cuidado com seu corpo, visto que decidiu fazer os cortes em local que não ficasse à vista. O estigma da ASIS pode levar a uma baixa autoestima (Borrill et al., 2013), importante fator de risco para ASIS (Forrester et al., 2017). O contraditório neste caso, é que Hugo busca um corpo cada vez mais perfeito (dieta, esportes) e, ao mesmo tempo, o lesiona. O efeito da baixa autoestima, normalmente, reduz o cuidado do indivíduo com o corpo, tornando-o indiferente aos danos causados pela ASIS (Hooley & St. Germain, 2013), mas o entrevistado não se encaixa nesse perfil.

Minhas pernas elas são todas cortadas. Eu não corto os meus braços para ninguém me ver. Eu não gosto que ninguém me julgue, ninguém fale do que eu faço. Minhas pernas é tudo cortada. Aí desde então eu comecei nas pernas para ninguém mais ver. Eu até mostraria só que minha calça é toda colada.

Contrariando os demais relatos, que geralmente seguem um ritual muitas vezes acompanhado de músicas tristes, ele coloca música “animada” para abafar o som do seu choro. Disse que não tem influência de ninguém, faz por uma vontade própria, tudo acontece dentro do seu quarto, à noite, solitário e em poucos minutos.

Só me cortava, levava o notebook. Botava a música para ninguém ouvir eu chorando. Abafar o choro. Eu botava umas músicas alegres pra ninguém perceber nada. Fui pro banheiro, aí vi a gillete. Tava chorando no banho, sentei no chão, apaguei a luz e cortei a perna. Tem até a marca aqui de uma.

Durante o episódio da ASIS, Hugo relata uma sensação “*sem dor física*”, porém, sente momentaneamente o alívio da dor emocional e de estar punindo a si mesmo. Ao ver o sangue saindo tem a sensação de alívio que dura algumas horas. No entanto, quando o “alívio” passa, emerge o sentimento de raiva. O alívio da dor emocional é a mais prevalente função da ASIS, no Brasil e internacionalmente, classificada entre as funções de ordem intrapessoal; a autopunição é a segunda função mais citada por praticantes de ASIS (Klonsky & Glenn, 2008; Nock & Prinstein, 2005).

5.1.13.6 ASIS e Comportamento Suicida

Quando o entrevistado começa a falar sobre a prática de ASIS, revela que “*nem sempre vinha aquele pensamento de me matar, mas vinha aquela questão do porquê d’eu estar ali, o porquê d’eu estar existindo. Porque eu tava ali, se eu tava sentindo tudo aquilo e não tava vivendo bem*”. Hugo foi motivado pelo sentimento de que não faz nada direito e pela depressão, motivo de ter sido acompanhamento por psiquiatra durante um período. Entre outros transtornos mentais, a depressão pode levar o indivíduo à prática da ASIS através da sua sintomatologia (Hawton et al., 2012). O estudo de Klonsky e Muehlenkamp (2007) mostra uma relação entre depressão e transtornos de ansiedade com comportamentos

autodestrutivos, inclusive ASIS. Além da tristeza, Hugo expressa que sente “*uma dor no coração*” para a qual busca na ASIS uma tentativa de alívio.

Verifica-se que Hugo tem ideação suicida simultaneamente à prática de ASIS: “*frequentemente eu penso eu pegando uma arma, atirando aqui... Aqui na nuca. Eu sei os pontos críticos do corpo*”. Ele disse sentir um desânimo no viver:

Ah, eu já ouvi falar que suicídio é uma fraqueza... Que você é pego num momento de fraqueza. A depressão é um momento de fraqueza, a angústia e tudo isso pode te levar a procurar uma solução que é o suicídio. Você não tem nada nessa vida mais aqui que possa... A vida não está fazendo sentido... Você já não tem mais nada nessa vida aqui, o que você está fazendo aqui ainda? A perda do sentido da vida. Não tem mais sentido.

Após o esclarecimento do pesquisador sobre o conceito do suicídio ao entrevistado, ele então refaz sua “*conta*” e diz que teve duas tentativas nas quais ele intencionava acabar com a própria vida, “*duas vezes*”, as duas tentativas ocorreram após completar onze anos. Explicou que na primeira, buscava não sentir dor, simplesmente adormecer “*eu ia morrer por gás, ia ligar o gás e fechar o ambiente. A vida tava sem sentido, a minha vida tava uma merda*”. Não morreu porque a irmã chegou a tempo. A segunda tentativa de suicídio foi

A que eu tentei me jogar na frente de um carro, só que o carro não pegou. A rua tava cheia. Qualquer coisinha... Qualquer um que passasse ali ia pegar uma ‘barroada’ e eu pensando assim ‘O que que eu vou perder se eu morrer?’, aí eu passei. Por incrível que pareça nenhum carro pegou em mim. Eu passei a rua todinha. Com a pista toda cheia de carro passando, nenhum carro pegou em mim. Os carro tudo em velocidade. Desviando não, passando. Nenhum carro pegou em mim e eu passei caminhando.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), a tentativa de suicídio é o principal preditor, ou fator de risco, para o suicídio. Hugo apontou a irmã como o único fator de proteção para preservar a vida, dizendo que desistiu de cometer suicídio naquele momento ao lembrar dela.

Faltou assim ó para eu me matar. Bem pouquinho. A minha irmã. A única pessoa que eu me importo. Aí passava o que na tua cabeça? Se eu me matar... Como é que ela vai ficar. Ela ia ficar arrasada porque ela é fraca. Ela não é do mesmo jeito que eu, não é forte que nem eu, ela é fraca.

Um dos critérios clínicos para se ajudar alguém em risco de suicídio, é buscar fatores de proteção, o que no caso do Hugo é a irmã (Botega, 2015; Montenegro & Tavares, 2012). Atualmente, Hugo considera que tem melhorado, o que atribui ao seu desempenho acadêmico: “*no estudo, tá me deixando bem melhor*”. E relata também a importância do esporte na sua vida “*o esporte também está me deixando contente*”. A prática de atividade física, de esportes regularmente, cumpre um papel de muita relevância para uma boa qualidade de vida do indivíduo, ainda mais para quem está em sofrimento grave e com comportamentos autodestrutivos (Boone & Brausch, 2016).

O entrevistado relatou que o pai fez uma tentativa de suicídio e o avô paterno suicidou-se, nem teve oportunidade de conhecê-lo. Conta que seu pai fez comentário sobre o avô, julgando o suicídio como uma atitude de fraqueza. No entanto, não esconde que ele próprio pensou em fazê-lo, mas não repetiria o ato do pai. O entrevistado se refere a essas “coincidências” como algo natural,

Meu vô se matou. Meu pai também contou uma história que quando ele era pequeno ele tentou... Ele queria se matar. Queria porque ele também teve uma infância muito ruim com os irmãos dele, o pai dele e tal. Ele falou para mim que quase ia sendo fraco que nem o pai dele. Isso, ele falou para mim desse jeito. Quando eu perguntei para ele porque meu avô tinha se matado, ele disse ‘seu avô foi fraco, filho’, aí eu “tá bom. Pai o senhor nunca pensou? ‘Não, eu já pensei, mas não vou ser fraco não.

O histórico familiar está entre os três maiores fatores de risco para o suicídio, juntamente com transtornos mentais e a tentativa prévia de suicídio (OMS, 2010). Na narrativa do entrevistado, nota-se que os três preditores acima citados estão presentes; Hugo tem depressão, fez duas tentativas e tem histórico de comportamento suicida na família paterna. Hugo relata estar melhor da depressão, estar cuidando melhor do corpo com a prática sistemática de esportes, sentir mais autoestima e mais racionalidade sobre eventos estressores da sua vida. Apesar de se sentir melhor, as vulnerabilidades observadas e a falta de vínculos seguros e suporte emocional com genitores indica a necessidade de tratamentos psicológico e psiquiátrico. É também importante fortalecer o vínculo e apoio com as figura materna como cuidadora principais.

Obs.: foi feita a recomendação pelo pesquisador para que Hugo continuasse o tratamento da depressão e buscasse na rede pública o atendimento psicológico. Por último, houve uma conversa com a mãe para expor os cuidados a serem tomados por ela em relação ao filho.

5.2 Discussão

As narrativas desses adolescentes revelaram histórias de vidas sofridas. Um olhar cauteloso do processo existencial desses jovens torna possível verificar que o indivíduo não atua com comportamentos autodestrutivos, ASIS neste caso, sem estar com algum nível de sofrimento. Os conteúdos das narrativas foram analisados, após uma leitura acurada, de onde emergiram categorias que serão discutidas a seguir.

5.2.1 Abusos: físico, emocional e sexual

Diversos estudos conduzidos nos Estados Unidos e Europa mostram correlação entre abusos (emocional, físico e sexual) sofridos na infância e a prática de ASIS no decorrer da vida (Colleen & Luik, citado por Claes & Muehlenkamp, 2014).

Observando as narrativas dos entrevistados, atos de abuso, quer seja físico, sexual ou emocional, são destacados pela maioria (10 dos 13 participantes). Os relatos de Elvira, Jupita, Anair, Stach, Júlia e Hugo apontaram fatos evidenciando situações de abuso físico:

Elvira [...] eu não lembro muito bem, só lembro que ela me enforcou para eu afastar do meu pai, que eu atrapalhava o relacionamento deles [...] eu ainda morava com minha madrasta, ela tinha um irmão que morava com a gente e ele me batia”;

Jupita “[...] porque minha mãe ela me isola, me excluí. Aí quando eles moravam junto, minha mãe me isolava e eu ia pro meu pai [...] o mais velho é irmão só de mãe [...] e fazia um monte de coisa assim e me batia”;

Anair: “[...] eu falei muitas coisas pra ela, ela falou muitas coisas e ela chegou lá em casa, ela simplesmente me agrediu [...] ela me bateu, ela me bateu. Ela simplesmente veio quebrando meu braço e eu fui pro hospital nesse dia com ela e com minha vó e quando chegou lá viram meu braço todo mutilado”;

Stach: “Minha mãe me batia todo dia [...] ela ainda me bate; *Júlia*: “[...] lembro

das brigas com meu pai [...] brigava demais, ele me batia demais [...] bebia demais, e mesmo sem beber era violento com todo mundo lá em casa”;

Hugo “[...] Apanhava. Às vezes minha mãe me batia, meu irmão me batia [...]

É porque ele (irmão) queria mandar demais na minha vida. E eu nunca fui de abaixar cabeça pra ninguém, aí sendo assim eu sempre tomava umas porradas dele [...]”.

Whitlock et. al. (2015) classificaram diversos fatores de risco comuns à ASIS e comportamento suicida, entre eles, histórico de trauma e abuso. Andover et. al. (2012) relataram que experiências adversas na infância são um fator de risco, tanto para ASIS como para comportamento suicida e Boxer (2010) apontou que adolescentes com histórico apenas de ASIS eram tão propensos a citar qualquer tipo de violência na infância (abuso físico, abuso emocional e negligência) quanto aos que tinham histórico de ASIS e comportamento suicida.

Metade dos entrevistados relatou situações que sugerem formas de abuso emocional:

Celina: “[...] agora a minha vó tá com a pressão muito alta, aí ela fala que a culpa é minha [...] ela bota a culpa todinha pro meu lado. Aí ela faz isso aqui pra mim e não sei o que e fala que eu quero matar ela, mas eu tenho certeza que eu não vou matar ela [...] ela me xinga de todo nome, eu fico calada”.

Hugo: “[...] eu não saí muito de casa, fui criado na mão de empregada. A minha mãe pouco tempo tava em casa. Quando tava, ela tava cansada demais. Passei a minha infância todinha na mão de empregada, tipo era pouca as vezes que eu tinha contato com a minha mãe [...] Meu pai ele foi embora quando eu tinha quatro anos de idade [...] Tem umas ‘confusãozinhas’ por parte de negócio de justiça. Ele é meio retardado da cabeça e achou que a culpa fosse minha [...] quando eu tinha uns onze anos fui visitar meu pai [...] aí ele mandou eu ir embora da casa dele. Ele tava viajando, ligou para minha madrasta que estava lá, eu tava com ela...Aí mandou eu ir embora da casa dele, aí eu fui embora pra casa da minha tia [...]”.

Malala: “[...] me sinto abandonada [...] moro com minha mãe, só que ela passa mais tempo dela no trabalho. Eu vejo ela mais é a noite [...] meu pai eu vejo de vez em quando. Bem difícil ele aparecer [...] minha mãe morava aqui, mas ela bebia muito, aí minha vó... Aí num dia minha vó disse que ela conta a história quando eu era bebezinha, que minha mãe ficava bebendo, aí eu ficava na casa dos outros lá sofrendo. Aí minha vó trouxe pra casa. Aí ela cuidou de mim aí eu fui... Aí minha mãe veio e me pegou. Aí me levou lá pra Brasília. Aí eu não gostando de lá... eu vim pra cá”.

Jupita: “[...] meu pai, ele sempre me deu muito carinho, sempre me ajudou. Porque minha mãe ela me isola, me excluí. Aí quando eles moravam junto, minha mãe

me isolava e eu ia pro meu pai. Ele sempre me protegeu dela, não deixou. Aí hoje em dia não. Hoje em dia eu tô com ela e eu não tenho mais quem me socorrer”.

Sofia: “[...] meu pai, ele não é tão presente na minha vida. Tipo, ele sempre vem pra cá só que ele não fala comigo que vem [...] meu pai quando ele vem não fala para mim isso, deixa minha mãe e eu muito chateada. Por isso eu aprendi a não ligar tanto para meu pai, entendeu? Porque eu acho que se eu ligar eu vou me machucar mais porque meu pai não liga pra mim”.

Emílio: “[...] meu pai eu quase não me relaciono, por causa que ele, todo dia, ele viaja. Que ele é motorista de ônibus [...] eu não sei aonde é que ele trabalha, porque ele não me falou [...] ele não paga pensão [...] não paga nada. Até hoje ele só comprou as minhas roupas [...] toda semana eu vou lá no mercado. Tipo, eu tô vindo do colégio, aí eu passo lá no mercado pra ver se ele está lá [...] eu vou falar com ele. Primeiro eu vejo se ele está [...] se ele tiver, eu vou lá falar com ele. Aí tem vezes que ele não fala direito comigo. Fica me... Brigando [...] Aí quando ele tava com a mãe, também, eles eram juntos, ele não pagava nada. Eu pedia só, tipo, 50 centavos, 1 real. E só dizia que a mãe tinha. Quando não tinha lanche em casa. A mãe não tinha dinheiro, ele falava. Pai, me dê pelo menos 5 reais pra gente comprar um lanche pra mim e pra minha irmã. Ele falava que a mãe tinha [...] Agora, quando vou no mercado e ele tá lá, eu peço dinheiro pra ele. Ele diz que não tem. Aí, eu saio, num lugar que dê pra se esconder. Aí, eu vejo ele comprando alguma coisa. Dizendo que ele não tem dinheiro.

O trabalho de Heath et al. (2009) examinou características (prevalência, método, idade de início, frequência) de ASIS e fatores de risco associados em uma amostra de estudantes. Apontou que a maior parte da literatura sobre autolesão tem dado destaque aos fatores de risco ambientais, que incluem abusos (sexual, físico e psicológico/emocional).

É importante destacar que nem todas as pessoas vítimas de violências (física, emocional, sexual) na infância praticam ASIS ou tem comportamento suicida no futuro, como também, nem todos que apresentam qualquer comportamento autolesivo foram vítimas de abusos. Todavia, uma atenção maior deve ser dada aos indivíduos que passaram por tal experiência traumática, visto que se configura como fator de risco para ASIS e/ou comportamento suicida (Klonsky et al., 2011).

A violência sexual foi citada por duas garotas e os relatos, aqui diminuídos, são de muita dor. Este tipo de abuso é apontado na literatura como um importante fator de risco para ASIS e comportamento suicida (Klonsky et al., 2011). Os relatos de Malala e Jupita comunicaram, para além do conteúdo, na tonalidade da voz e no modo de se expressar,

sentimentos de tristeza e sofrimento: Malala “[...] ficou um trauma [...] me traz sofrimento até hoje”; Jupita “[...] acho que foi por isso, acho que foi uma das coisas que me fez já perder a minha infância muito rápido [...] me traz sofrimento até hoje, por isso que eu não gosto muito de lembrar da minha infância”.

As experiências de abuso sexual foram lembradas, e lembranças persistentes do evento traumático, através de pensamentos e imagens, podem servir de mediadores entre este tipo de violência sofrida na infância e a prática da ASIS (Klonsky et al., 2011): Malala “[...] Aí nos meus nove para dez anos, meu tio veio aqui e me levou né, só que lá aconteceu coisa que não era pra acontecer [...]”; Jupita “[...] já fui abusada na infância [...] eu tinha de sete para oito anos [...]”. Uma delas, Malala, claramente relaciona este evento de abuso à dificuldade atual de confiar em homens e também se relacionar com pares do sexo masculino: “[...] eu me sinto muito insegura em questão a homens [...] em questão de menino eu tenho muito medo”. Este relato sugere o modo como a violência sexual precoce pode ter participado na constituição das dificuldades atuais. Esta reflexão demanda atenção dos profissionais para as marcas profundas que este evento pode deixar na vida de uma criança ou adolescente, e questionar sobre a relação relatada em literatura sobre a vulnerabilidade da vítima para o desenvolvimento de transtornos mentais (ex: ansiedade; depressão), padrões disfuncionais de comportamento (agressividade; abuso de álcool e outras drogas) e comportamentos autolesivos como ASIS (Briere & Elliott, 2003; Yates, Carlson & Egeland, 2008).

5.2.2 Separação dos pais

A separação de pais pode se transformar em evento traumático para os filhos. Segundo a revisão sistemática sobre paternidade de Vieira et al. (2014), envolvimento de pais tem correlação com menor índice de hiperatividade e de problemas de comportamento, além de estar associado com um maior repertório de habilidades sociais da criança. De acordo com Brito (2007), muitos jovens relataram a falta dos pais, de poder estar, constantemente, em contato com eles. Segundo a autora, a maior parte dos filhos da amostra, se ressentia da separação dos pais e ressaltou que com a separação dos pais, dificuldades de nova ordem podem surgir para os filhos, com repercussões em longo prazo. Nesse sentido, variáveis como conflitos familiares e divórcio, entre outros fatores psicossociais de risco, são associadas ao comportamento suicida (King & Merchant, 2008).

Verificou-se, entre nossos entrevistados, uma ampla maioria cujos pais são separados:

Elvira: “É porque eu queria ter um relacionamento paterno com o meu pai, sabe. Tipo receber mais atenção e eu queria que ele e minha mãe não tivesse separado [...] a gente não conversa mais [...]”.

Jupita: “[...] já passei por muita coisa na minha infância né, tipo a separação dos meus pais [...] separaram agora vai fazer um ano [...] eu tenho uma lembrança quando eu era pequena. Minha mãe me levou embora, foi triste porque eu morava com meu pai e minha mãe, eu gostava muito do meu pai. Chorei e minha mãe “bora se embora” foi a primeira vez que eles se separaram”.

Malala: “[...] lembranças ruins da minha infância, só agora mesmo que meus pais se separaram [...] recente não, acho que já faz uns dois anos. Só que eu ainda não consigo me conformar, é uma coisa que eu não consigo me conformar, porque eles que me criaram e tal e eu não consigo ter uma outra mãe, um outro pai no lugar deles”.

Anair: “[...] lembrança da minha infância que causa sofrimento ainda hoje é a separação dos meus pais [...] meu pai separou da minha mãe eu tinha acho que uns cinco. Os dois se afastaram de mim [...] moro com minha vó desde que nasci”.

Minerva: “[...] assim que eu nasci fui morar com minha vó. Meu pai mora em Fortaleza e minha mãe mora em Brasília. [...] eu queria mesmo era ficar perto da minha mãe e do meu pai, que eles se “ajuntassem”, viver com meus pais [...]”.

Sofia: “[...] meus pais são separados, ele mora numa cidade do interior [...] era muita briga lá em casa e eles se separaram [...] era pequena, mas tenho isso na lembrança [...]”.

Babsi: “[...] meus pais se separaram três vezes, minha mãe tentou, mas ele traiu muito ela [...] lá no Rio, ele me levava junto pra casa da outra mulher e dizia que se eu falasse pra minha mãe eu ia apanhar [...] era horrível, mas um dia contei tudo e minha mãe se separou [...]”.

Emílio: “[...] minha mãe separou do meu pai, acho que foi ano retrasado em 2016 [...] antes, eu morava junto com os dois [...]”.

Stach: “[...] meu pai se separou da minha mãe, ela me disse que eu não era nem nascido [...]”.

Hugo: “[...] meus pais são separados, meu pai ele foi embora quando eu tinha quatro anos de idade [...] eu lembro disso”.

A lembrança da separação dos pais é evidenciada por 10 entrevistados. Parte deles referiu-se aos episódios como eventos negativos, sugerindo o desejo de tê-los juntos, alguns demonstrando sofrimento.

Adolescentes com histórico de ASIS, de acordo com Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka & Goodyer (2011), tem dez vezes mais risco de tentativa de suicídio durante o tratamento do que aqueles sem comportamento de ASIS e com bom padrão de funcionamento do sistema familiar. Na amostra deste trabalho, os entrevistados foram selecionados por terem histórico de ASIS. Os 10 citados trazem, de alguma forma, um padrão disfuncional nas relações familiares. Nessa direção, Hilt, Nock e Lloyd-Richardson (2008) ressaltam que avaliações clínicas devem considerar o papel da família nos esforços de prevenção e tratamento de ASIS. Ademais, o risco da ASIS evoluir para comportamento suicida tende a diminuir quando o indivíduo constrói sentido na vida e tem os pais como base da rede de apoio social (Whitlock et al., 2012).

5.2.3 Ausência do pai

A partir da revolução industrial, o mercado de trabalho impeliu progressivamente os homens a passarem cada vez mais tempo ausentes de casa e do cotidiano dos filhos (Aragão Neto, 2013). No entanto, o pai tem papel importante no desenvolvimento infantil, e o estudo de Vieira et al. (2014) apontou que a ausência paterna pode gerar conflitos no desenvolvimento psicológico do filho. Brito (2007) postula que o maior impacto do divórcio, na sua amostra de filhos cujos pais se separaram, foi a desestabilização no relacionamento com o pai, seja por um período mais curto ou mais longo da ausência paterna.

A ausência do pai, da figura paterna, é um aspecto ressaltado pela maioria dos entrevistados:

Elvira: “[...] depois que meu pai foi morar longe com ela (primeira madrasta), ele não visitava a gente mais. Ai minha avó disse que ela lembrava de quando eu ficava sozinha chorando aí ela ia chorar comigo, porque ele é meu pai, eu queria conviver mais com ele, só que aí ele foi embora [...] tem quase dois anos que não tenho contato com meu pai”.

Jupita: “[...] morar longe do meu pai é ruim, porque eu sempre fui mais meu pai. Tudo era meu pai. Quando ele foi embora eu chorei [...] aí eu sempre caço recurso de ir atrás dele, falar com ele, porque eu sinto muita falta do meu pai. Mas já tem tempo que eu tô me acostumando com a ausência”.

Malala “[...] meu pai eu vejo de vez em quando. Bem difícil ele aparecer. ele se casou já com outra mulher, já faz um ano [...] tenho de vez em quando, quando eu preciso de alguma coisa [...] mas parece que depois que ele se casou ele nem se importa mais com nós [...]”.

Anair: “[...] meu pai se afastou de uma hora pra outra [...] meu pai eu não tenho contato com ele mais, há dois anos [...] eu sempre vivi sem minha mãe e sem meu pai. Eu já vi meu pai uma vez, ele é casado com outra mulher [...]”.

Minerva: “[...] o meu pai, eu nem falo muito com meu pai [...] aí ele pergunta como é que eu estou e eu falo que eu tô bem [...] eu queria viver com ele [...] me sinto ruim, mal [...] sinto um pouco de saudade”.

Sofia: “[...] um dos poucos fatos que eu lembro da minha infância foi os momentos que eu passei com meu pai, eu lembro que era muito apegada com meu pai, mas agora eu nem ligo muito assim. Eu não sei como eu lembro porque eu era muito pequena [...] ele não é tão presente na minha vida. Tipo, ele sempre vem pra cá só que ele não fala comigo que vem, por isso eu aprendi a não ligar tanto para meu pai, entendeu? porque eu acho que se eu ligar eu vou me machucar mais porque meu pai não liga pra mim.

Babsi: “[...] tem um ano que meu pai veio me ver [...] ele mora no Rio [...] falo com ele de vez em quando, pelo whatsapp [...] isso é ruim, gosto dele e sinto falta, entende?”.

Emílio: “[...] sinto falta dele, eu quase não me relaciono, por causa que ele, todo dia, ele viaja. Que ele é motorista de ônibus [...] não sei aonde é que ele trabalha, porque ele não me falou [...] minha relação com ele é mais ou menos, a gente não faz quase nada, ele não paga pensão [...] falo pouco com ele”.

Stach: “[...] vejo meu pai por aí [...] difícil ver ele [...] não tenho encontro com ele assim, tipo pai e filho não, isso é muito ruim”.

Hugo: “[...] ele foi embora, mas eu tive contato com ele. Revi e descobri que ele é um, desculpa a palavra, mas é um escroto [...] tinha contato com ele, mas era muito raro, eu quem sempre ia atrás. De vez em quando ele aparecia [...] eu chorava por causa dele quando era pequenininho. Lembro até que teve uma vez que tava chorando, quando era menor. Aí eu chorei tanto só que aí dizendo que querendo meu pai, e minha mãe me levou até os Correios pra ficar lá com ele. Aí ficou lá e tal. Aí depois eu não lembro de mais nada. São poucas as lembranças que eu tenho com ele”.

Percebe-se, nesses fragmentos, a repercussão negativa da ausência paterna na vida dos jovens. Uma lacuna que parece não ser preenchida pelos atuais cuidadores, causando um intenso sofrimento diante desse cenário. Menor apego ao pai (Sheftall et al., 2013 citado por

Couto & Tavares, 2016) e maior rejeição paterna (Cruz et al., 2015 citado por Couto & Tavares, 2016), entre outras variáveis, foram associadas com histórico de tentativa de suicídio. Na mesma direção, Lynskey e Fergusson (1997 citado por Couto & Tavares, 2016) apontam a diminuição do cuidado paterno como única dimensão de cuidado parental que representou aumento na probabilidade de jovens fazerem tentativa de suicídio. Já o estudo de Di Pierro, Sarno, Perego, Galucci e Madeddi (2012), demonstrou que, além de traços de personalidade e episódios de maus tratos, o ambiente familiar está associado frequentemente à prática de ASIS. Concluíram que qualidade ruim na relação com pais e baixo nível de identificação, especificamente com o pai, são preditores da frequência de ASIS.

5.2.4 Perdas por morte

O comportamento de ASIS é fruto da interação de vários fatores: afetivos, cognitivos, interpessoais, fisiológicos e ambientais (Klonsky et al., 2011; Nock, 2010). Entre os fatores ambientais, eventos como a morte de um ente querido podem ser traumáticos na vida do indivíduo, especialmente quando a morte é súbita, inesperada e violenta. Como consequência, o indivíduo pode desenvolver um “luto complicado” - padrão de enlutamento em que a pessoa não consegue elaborar a perda ao longo do tempo, e, possivelmente, a leva ao adoecimento – (Kosminsky & Jordan, 2016). A perda de um dos genitores por morte é um dos fatores psicossociais de risco para comportamento suicida (King & Merchant, 2008).

Entre os entrevistados, alguns já experimentaram perder um ou mais entes queridos, e relataram o que ainda sentem diante disso:

Elvira: Perdi a minha vó e meu amigo irmão [...] ele não é daqui, ele morava aqui, ele se matou por causa dos problemas que ele tava passando [...] tinha vinte anos, vai fazer três meses [...] foi ruim né, porque eu gostava de conversar com ele essas coisas que acontece eu sempre contava pra ele né. Ele era a pessoa que eu mais confiava. Ai agora eu não converso com ninguém sobre isso [...] a última vez que eu me cortei foi por causa dele.

Malala: Perdi meus avós (os dois homens) [...] muito ruim, acho que é porque depois que eles morreram todo mundo da minha família mudou [...] porque eles que traziam né o sorriso pra dentro de casa e tal. Minha família era mais unida, mas depois disso, ficou foi pior.

Emílio: [...] minha vó. Por parte de pai [...] Não sei, acho que foi AVC [...] eu era muito ligado a ela [...] ela morava com meus pais, aí eu ia visitar ela direto [...] quando ela morreu eu me senti triste. Muito mal [...] eu acho que vai fazer dois anos, três [...] aí, eu tenho outra vó que faleceu também, mais recente [...] não era minha vó, mas considero, morava junto com minhas duas irmãs.

Stach: [...] minha avó por parte de mãe [...] eu me dava bem com ela, a gente morava juntos [...] eu tinha uns sete anos.

Celina: Meu pai é falecido [...] eu não sei como é que foi isso direito, minha mãe não chegou a falar, a conversar comigo, mas ele morreu eu ainda era bebê [...] mataram ele, era envolvido nessas coisas, ele era “mala”, usava drogas [...] eu fiquei sabendo que ele era gente ruim [...] me sinto um pouco triste por ele não poder tá lá com nós [...].

Rafa: [...] meu pai é falecido, eu tinha oito anos [...] eu lembro, foi muito difícil pra mim [...] morreu de acidente de moto, mas ninguém queria me contar como foi [...] ainda hoje eu sofro muito, porque fico lembrando dele [...] meu avô, pai dele, também morreu [...] demais, eu gostava demais dele [...] eu tinha dois anos, mas minha mãe sempre me fala isso [...] agora faleceu meu primo, um dia desses, uns quinze dias [...] foi assassinado de tiro, tinha dezoito anos [...] a gente ia junto pra igreja, nós era muito apegado, ia junto até pra escola [...] senti muito quando perdi ele, era quase um irmão [...].

O luto é um processo multidimensional que ocorre depois de uma perda significativa (Casellato, 2015). Nossos entrevistados apresentam, em graus diferentes, vulnerabilidades em função das suas histórias de vida, entre elas apego inseguro com os primeiros cuidadores e a dificuldade em regular emoções negativas (ex. culpa, raiva), um dos fatores de risco para ASIS. Nesse sentido, Kosminsky e Jordan, (2016) ressaltam que indivíduos com histórico de apego inseguro na infância tem fator de risco para luto complicado. Afirmam também, que pessoas com pouca capacidade de regular emoções são mais propensas a ter muitas dificuldades diante da morte traumática do seu ente querido.

Consideramos importante a avaliação do histórico de perdas do indivíduo (idade em que perdeu o ente querido, a forma da morte, como lidou com esse evento no passado e lida no presente, que emoções/sentimentos carrega em relação à perda), pois podemos verificar se o luto seguiu um processo normal ou complicado, e nesse caso, requer avaliação de profissionais da saúde.

5.2.5 *Bullying*

O fenômeno *bullying* é considerado como um importante fator de risco para comportamentos autodestrutivos, quais sejam, ASIS e comportamento suicida, por ser um evento traumático na vida do indivíduo. Tanto vítimas como agressores estão em sofrimento, que pode levá-los a ambos os comportamentos. (Bauman, Toomey & Walker, 2013; Braga & Dell’Aglia, 2013; Mayes et al., 2014).

Ser vítima de *bullying*, em contexto escolar, foi significativamente associado a um risco elevado de ASIS, segundo Christoffersen et al., (2014). Este fenômeno é gerado por questões complexas e suas repercussões, na vida das pessoas envolvidas, são devastadoras. De um processo de *bullying*, raramente as vítimas saem ilesas, sempre há consequências nesse processo de dor e sofrimento para aqueles que sofrem a perseguição sistemática.

□

Jupita: [...] fui estudar em outra escola. Tinha as amiguinhas mas também tinha uns menino que eles não gostavam de mim, me batiam, um monte de coisa [...] Não sei se era pela minha cor, pelo meu jeito. Eles não gostavam de mim de forma alguma, sendo que eu nunca fui de mexer com eles [...] tinha um amigozinho que hoje em dia ele é só conhecido mesmo. Eu fiquei doente. Quando falava em ir pra escola eu ficava doente porque eu tinha medo porque ele também me batia [...] foi até os onze anos.

Anair: [...] sofri *bullying* [...] as pessoas ficavam me agredindo, ficavam falando que eu era feia. Tanto verbal como física, era assim [...] às vezes sempre eu fazia alguma coisa era motivo de piada, de coisa. E eu sempre fui assim [...] era só na escola, às vezes, puxava meus cabelo, ficava me beliscando [...] eu não falava nada não. Eu pensava que se eu falasse ia continuar, só que aí com o tempo eles pararam. Começaram a diminuir mais aí pararam.

Minerva: [...] às vezes era os meninos também que caçava conversa comigo. As meninas também [...] era sempre na sala de aula, me dava raiva e eu me cortava [...] elas ficava me provocando, ficava caçando conversa comigo [...].

Babsi: [...] *bullying* na escola, essas coisas [...] ficavam por causa do meu estilo, do meu corte de cabelo, ficam me chamando de Maria sapatão e ficam trocando o meu nome para o nome masculino [...] até dos meus doze, treze anos para cá, até agora [...].

Celina: [...] quando eu era assim mais pequena, o pessoal ficava me chamando de zanolha [...] tipo, é, maltratando, aquela brincadeira de mal gosto [...] na escola, às vezes, na escola, às vezes na vizinhança. É muito difícil mas quando eles falam eu fico... eu fico triste.

Hugo: [...] porque quando eu era pequeno eu era gordo e sofria bullying. Eu apanhava pelo simples fato de ser gordo, dos valentões [...] pelo simples fato de não gostarem da minha aparência física, de não gostarem de mim de certo modo. Me batiam. [...] minha vida toda, a infância todinha isso. Só parou quando eu resolvi mudar. Quando eu resolvi entrar no esporte, quando eu resolvi mudar o meu corpo. Foi com uns nove anos de idade.

Kim e Leventhal (2008) analisaram 37 estudos e encontraram uma associação consistente entre ser vítima de bullying e ter pensamento suicida. Além disso, adolescentes, agressores ou vítimas, estão em maior risco de depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio do que aqueles não envolvidos no bullying (Klomek et al., 2007; Mills, Guerin, Lynch, Daly e Fitzpatrick, 2004; Van der Wal, de Wit, & Hirasing, 2003) in Bauman, Toomey & Walker (2013).

Quando pensamos no fenômeno *bullying*, três questões centrais são apontadas: a) há uma assimetria de forças entre os agredidos e os agressores; b) há uma violência calculada e sistemática que acomete os envolvidos no fenômeno e c) as agressões não são revidadas ou reações, mas práticas perversas sem motivos aparentes. Em outras palavras, o *bullying*, de modo geral, realizado pelo *bully*, é uma agressão covarde, fria, mensurada, intensa, duradoura, sistemática e não se justifica de modo responsivo, mas deflagra preconceito, discriminação, fobias das mais diversas e um alto nível de perversidade por quem o pratica, ausência quase que completa de empatia e nenhum ou pouco cuidado com o outro (Ferreira & Bernstein, 2012). O fenômeno *bullying* não deve ser ignorado pelas escolas, pelas famílias e pela sociedade como um todo. O *bullying* não é um fenômeno que desmereça atenção por parte de todas as pessoas: ele é demasiadamente perverso e não mensura consequências.

5.2.6 ASIS e Ideação Suicida

A interface entre ASIS e Ideação Suicida, objeto deste trabalho, foi verificada em nove entrevistados, e isso significa que 75% deles manifestaram ter pensamentos de morte em algum momento, antes, durante ou depois dos episódios de ASIS. Nesse sentido, torna-se relevante discutir esse aspecto, observando os relatos dos estudantes, pois o risco de suicídio aumenta à medida em que a ideação suicida se faz presente no contexto da ASIS.

Veremos, a seguir, recortes das respostas dos oito estudantes que afirmaram ter pensamentos suicidas antes, durante ou após episódios de ASIS. O caso do Hugo Cabret já foi

detalhadamente analisado, inclusive sob o aspecto da associação entre ASIS e ideação suicida. As perguntas feitas nessa parte da entrevista estão no Apêndice B.

Malala: Acho que poucas vezes, menos de 50% das vezes que me cortei [...] mais de vez em quando vinha. Em alguns momentos veio acompanhado de pensamento de morte, inclusive vontade de me matar [...] não era só de morrer, era de me matar mesmo [...] isso vinha depois dos cortes, e também às vezes na hora.

Elvira: Aconteceu [...] pensamento de me matar veio sempre [...] em 100% das vezes que me cortei [...] Porque tipo, eu me cortava. Aí eu sempre gostava de ficar olhando o sangue sair [...] eu sentia alívio vendo o sangue sair, como se minha dor tivesse saindo também [...] aí eu olhava pra minha veia e eu fazia assim pra ver o sangue saindo como se eu tivesse cortado lá e eu pudesse morrer. Aí uma vez eu já fiquei cortada aqui na veia, só que aí eu pensei na minha mãe, no dia do meu aniversário [...] se não fosse pensar nela eu teria me matado [...] Sim, outra vez eu já tentei me enforcar, só que aí eu desisti [...] eu botei a corda lá, assim, eu tava em cima da cama né, e tava com o pé, aí tava amarrado aqui, aí eu soltei o pé e fiquei um pouquinho de tempo lá e tirei depois [...] deu tempo de tirar, eu não tirei a mão da corda [...] Eu achei que, eu pensei que aquilo, que eu nunca passaria por aquilo. Senti mal por não ter deixado a corda [...] o que eu achei dessa experiência, eu achei positiva [...] eu devia ter deixado, eu fico questionando ter segurado [...] de zero a dez minha vontade de um dia fazer de novo, é dez .

Jupita: Sempre fui de me cortar sempre chorando [...] dentro do meu quarto, no meu cantinhozinho lá da cama. Sempre fechada porque eu não gosto muito daquela claridade, aí a janela fechada [...] Pensamento de morte, vinha, acho que 80% das vezes [...] era de causar minha morte mesmo [...] era, de me matar [...] Já, já tive tentativa de suicídio, cinco ou seis vezes, por aí. Já tentei cortar meus pulsos, se jogar em cima de carro [...] ah, de chegar a fazer mesmo foi três vezes [...] uma foi aqui na escola, quando eu tentei cortar meus pulsos [...] [risos] acho que ninguém ia nem me encontrar, tava lá escondida né [...] entendi, então assim, de fazer mesmo, nenhuma, porque sempre aparecia alguém [...] não tem quando você anda já sabe qual o metrô daqui né, aí tem aquela ponte, aquele negócio, aí já fica com aqueles pensamentos “pula daí pra ver o que acontece” [...] só porque tipo assim, eu conheço desde pequenaa Igreja e eu sei que se a gente morrer, por questão de religião, eles ensinam né, só quem pode tirar a nossa vida é Deus. Se a gente tirar, a gente já vai pra outro caminho direto porque é como se fosse pro inferno lá. Eu já fico com aquela coisa na cabeça, que se eu morrer eu vou pro inferno, e gente, se eu tô sofrendo aqui, como é que vai ser lá? Eu fico pensando nisso. Aí parece que é um capeta e um anjo conversando na minha cabeça. Eu não sei quem escuto [...] Entendi, sempre aparecia alguém [...] de zero a dez? Quatro [...] Tá diminuindo, era bem maior [...] porque eu tô aprendendo a conversar mais com as pessoas, a me abrir. Aí eu literalmente tenho minha vida ganha já, tenho muito o que aproveitar, eu vou pro ensino médio, já tenho bolsa em faculdade, essas coisas. Aí eu fico pensando se eu tenho um futuro garantido, eu vou morrer pra quê? Porque as pessoas vão chorar uma semana por aí, depois a

vida continua. Eu vou parar minha vida por causa dos outros? Eu não vou. Fico pensando assim, não vou me matar por causa dos outros não [...] Acho que como eu absorvo muito os problemas dos outros, essas coisas, eu acho que eu me mataria por raiva de alguma pessoa [...] qualquer pessoa não. Antigamente poderia ser, hoje em dia, por mim mesma. De juntar muito problema, eu me mataria, mas graças a Deus, melhorei bastante.

Stach: [...] dava, às vezes dava vontade de morrer [...] só a ideia, planejar não, nunca fiz isso [...] a vontade de morrer? Vinha em outros momentos, não era na hora e me cortar não [...] A última vez? Acho que foi no mês passado, quando a minha mãe me bateu [...] Quando ela me bate, quando eu estou muito agoniado, muito triste, com muita raiva, vem o pensamento de que, poxa vida, podia tá morto, né, sumir, sei lá, essas coisas, vem o pensamento de eu vou tirar a minha vida.

Anair: [...] sim, algumas vezes (vontade de morrer), mas era na minoria das vezes, tipo 10% das vezes que me cortava, mas nunca planejei não [...] Porque muitas vezes quando ela ficava fazendo coisa comigo, aí sempre ela dorme no quarto quando minha tia vai pra lá, aí tem uma corda lá em cima da minha cômoda. Às vezes eu ficava olhando e ficava pensando “será que eu faço isso?” aí às vezes “não, não vou fazer não porque vai causar mais bagunça, vai causar tristeza”. Aí eu sempre virava meu rosto pro outro lado. Aí sempre era assim. Mas nunca mais tive esses pensamentos [...] a última vez que pensei nisso? Não lembro não, faz muito tempo [...] não, penso mais nisso não.

Babsi: [...] umas três vezes por aí assim (pensamento de morte) [...] tentativa de suicídio? Já, uma vez, faz tempo. Foi ano passado, eu acho. É, foi ano passado. Eu tava com o travesseiro, me sufocando [...] queria morrer [...] Eu desisti, pensei na minha mãe como eu falei. Quando eu fico pensando nela aí aquela força que eu botei, quando eu pensei nela, do nada eu “não, isso não vai dar certo”. Aí eu pensei nela, “não vou fazer isso não” e tirei logo rapidamente da minha cara e chorei, chorei muito e tava chamando ela, falando “mãe, cadê a senhora?” chorando, chorando [...] de zero a dez, interesse de me mutilar ou de me matar? É zero.

Celina: [...] toda vez que me corto eu penso em suicídio [...] isso, 100% das vezes [...] porque eu penso que se eu morrer eu não vou fazer falta pra ninguém. Tanto faz como tanto fez [...] tanto pra mim como pros outros [...] Mesmo eu não me cortando eu fico pensando [...] É diário. Todo dia, praticamente toda hora eu fico pensando. Quando eu tô quieta [...] É. Vem. De me tirar a minha própria vida. [...] planejar? Unhum. É. Do jeito que eu tava falando. Pegar a corda, amarrar lá no teto e botar no meu pescoço, mas não é so quando eu tô me cortando não.

Júlia: [...] Era na média assim, não era nem tanto, não era nem pouco, mas às vezes acontecia [...] Era assim, por exemplo meu pai (já falecido), quando eu começava a me cortar por um motivo, vinha outro, aí juntava [...] Aí disse que falaram que ouvi o meu pai, o meu pai também falava, de me juntar a ele [...] tinha a voz do meu pai que dizia para mim encontrar com ele, aí vinha o desejo de morrer [...] Era, às vezes [...] de cem por cento das vezes? Era 40% [...] e desejo de tirar minha

vida mesmo, vinha às vezes [...] eu parei de me cortar, busquei forças para parar de me cortar porque na última vez eu queria até morrer e se eu morresse por exemplo, como é que ficaria minha mãe e meus irmãos?. Isso foi uma força para buscar parar [...] demorou um pouco. Aí quando eu entrei no Centro Débora Mesquita (ONG que trabalha com prevenção do suicídio), falando com a psicóloga, ela começou a me falar “Vamos fazer uma brincadeira? bora ver se tu consegue... tu consegue na medida que der, para de se cortar” [...] Aí nós fizemos, e até agora não voltei.

Entre indivíduos em contextos comunitários com história de ASIS, cerca de 35-40 por cento relatam ter pensamentos e comportamentos suicidas; o percentual pode ser maior em amostras clínicas. Os dois comportamentos tem fatores de risco similares, e a ASIS é, consistentemente, apontada como um fator de risco para suicídio (Whitlock, Babington, EMBOUT, 2014).

A propósito, os participantes desta pesquisa evidenciaram alguns fatores de risco, considerados importantes para o indivíduo desenvolver um quadro de sofrimento grave, que, por sua vez, pode levar a comportamentos autodestrutivos. O gráfico Potenciais fatores de risco (Figura 5), baseado na pesquisa de Fox et. al. (2015), ratifica que abusos, funcionamento familiar, exposição ao comportamento de ASIS de colegas e ideação suicida são fatores de risco para ASIS:

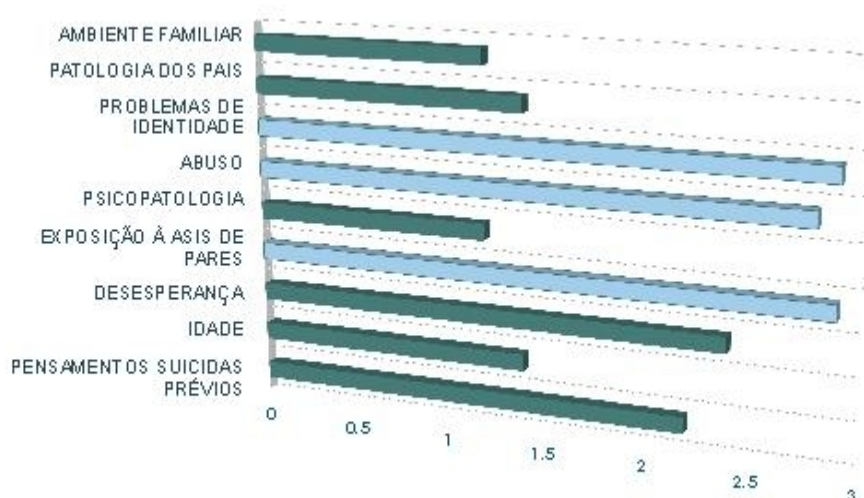


Figura 5. Potenciais fatores de risco (Odds Ratio – razão de chance)
 Fonte: Recuperado de Fox et al., 2015

Outro estudo mostra que cerca de 25% dos jovens que praticam ASIS vão desenvolver para o comportamento suicida (Muehlenkamp, 2018), lembrando que este dado é baseado em pesquisas internacionais que não incluíram o Brasil. Compreende-se a necessidade de cuidado para se fazer inferências em uma pesquisa qualitativa. A amostra do presente trabalho qualitativo continha 13 adolescentes. Entretanto, cabe ressaltar que, dos treze, nove estudantes relataram ideação suicida (aproximadamente 70%), alguns casos com história de planejamento e tentativa de tirar a própria vida.

Os resultados encontrados neste trabalho mostram a importância do fomento e a necessidade de realização de pesquisas no Brasil. O Brasil precisa, urgentemente, dimensionar a extensão da ocorrência da ASIS e sua relação com ideação suicida de forma mais abrangente em seu território. Tais estatísticas são desconhecidas até mesmo para os estados mais adiantados. Precisamos de informações epidemiológicas válidas e abrangentes para se pensar estratégias de intervenção e, ainda mais importante, desenvolver planos de prevenção deste comportamento em todo o território nacional. Percebe-se, até mesmo intuitivamente, que o ambiente das escolas participa do problema, tanto pela questão de ser um locus de prática de ASIS, assim como um locus importante do efeito do contágio social da ASIS. Embora as entrevistas não tenham planejado tratar este tema de forma mais abrangente, ele emerge de forma suficiente para indicar a escola como um lugar privilegiado para a prevenção, identificação precoce de risco, orientação de pais e encaminhamento de crianças e adolescentes para tratamentos adequados. Como as crianças e adolescentes ficam grande parte do tempo na escola, onde o fenômeno emerge e é compartilhado com muita frequência, deixamos aqui uma forte indicação a favor do investimento em pesquisas preventivas nas escolas, acompanhadas de identificação precoce, monitoramento e orientação aos educadores e às famílias.

6 Conclusão

Dois fenômenos que se tornaram problema de saúde pública impõem um desafio importante: trabalhar a prevenção da Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) e do suicídio. O suicídio é a segunda causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, no mundo, com as taxas (por 1.000.000 habitantes), aumentando mais na população jovem; a ASIS é considerada um fator de risco para o comportamento suicida e tem maior prevalência entre adolescentes e adultos jovens.

Nesse cenário, o presente trabalho prospectou informações sobre ASIS e sua relação com ideação suicida, através de entrevistas com estudantes de uma escola pública municipal da cidade de Teresina, capital do Piauí. Uma entrevista semiestruturada foi construída para averiguar detalhes da vida desses jovens, fazer uma caracterização da ASIS, e, principalmente, se havia ideação suicida nesse contexto. Buscou, também, verificar os principais fatores de risco relacionados a esse comportamento. Os conteúdos das narrativas foram analisados, de onde destacaram-se categorias que foram exploradas. Após as entrevistas, quando detectado qualquer nível de risco de suicídio, o participante com o respectivo responsável e a representante da escola foram instruídos sobre ações de prevenção.

Há uma escassez de estudos brasileiros acerca da ASIS, ainda maior quando buscamos trabalhos que a relacione, diretamente, com ideação suicida. O principal resultado desta pesquisa mostrou que existe uma relação entre os dois comportamentos. Nove dos 13 participantes relataram ideação suicida no contexto da prática da ASIS. Alguns dados revelados por, pelo menos a maioria dos participantes, ou mesmo pela totalidade deles, apontam outros aspectos que merecem atenção.

Para além do objetivo principal, a pesquisa verificou detalhes envolvidos na prática da ASIS. Essa caracterização detalhou aspectos importantes dentro do contexto da ASIS, como o método, a função, a frequência, o tempo do ritual, o local, o objeto utilizado, o motivo ou sentimento que desencadeia o episódio, o sentimento após o episódio, o tempo de alívio (todos os participantes colocaram o alívio da dor emocional como uma função) e, principalmente, a associação entre a ASIS e o comportamento suicida. Semelhante ao identificado na maioria dos países que tem literatura especializada na área, o método mais utilizado é o corte. Entre os participantes desta pesquisa, todos utilizaram o “corte” para a

prática da ASIS. Os episódios ocorrem, na sua grande maioria, em casa ou na escola, outra semelhança. A função mais prevalente na literatura internacional foi o “alívio da dor emocional”, citada por todos os 13 adolescentes entrevistados.

Os resultados sinalizaram também que abusos (sexual, emocional, físico), separação dos pais, ausência de figura paterna, morte de ente querido e *bullying* são fatores de risco tanto para ASIS como para ideação suicida, o que está alinhado com a literatura internacional. Outro dado importante foi que o efeito de contágio para o indivíduo aderir à prática da ASIS ocorre na escola e na *internet*. Sobre jovens na *internet*, um estudo de Jacob, Evans e Scourfield (2017) concluiu que

Imagens, em vez de interações textuais, são a principal razão citada para o uso da Internet para fins de autolesão. As imagens evocam uma reação física e inspiram a encenação comportamental, com o Tumblr, que permite o compartilhamento de imagens por indivíduos anônimos, sendo a plataforma preferida. A visualização de imagens on-line desempenha um papel vital na autoagressão de muitos jovens, como parte da prática ritualística. Prevenção e intervenção on-line precisam atentar para a importância das imagens. (p. 140)

O efeito de contágio da ASIS é objeto de preocupação entre pesquisadores da área. Segundo Berger et al. (2015, citado por Toste), o contágio da ASIS refere-se a incidentes quando o comportamento é imitado por um aluno, em função de falar disso com outras pessoas ou depois de ver o resultado da autolesão na televisão, no cinema ou na internet. As escolas que desenvolvem planos de prevenção da ASIS colocam, frequentemente, como um dos eixos dos programas trabalhar para evitar o contágio:

As políticas escolares que abordam a identificação, avaliação e encaminhamento de alunos que se autolesionam, descrevem as condições que requerem atenção médica imediata da enfermeira da escola ou do departamento de emergência do hospital, definem as funções e responsabilidades dos funcionários e fornecem estratégias para gerenciar o contágio da ASIS entre estudantes (p. 630).

Nesse sentido, Penélope et al. (2016) reforçam que, em diversos países, o *staff* escolar preocupa-se cada vez mais com a prática da ASIS, em como intervir e prevenir o

comportamento no ambiente escolar, sendo uma diretriz importante minimizar o contágio entre os alunos.

Como informações subjacentes (secundárias), verificou-se o padrão de sono ruim e a falta da prática regular de atividade física entre os participantes. A propósito desses dois aspectos, sono e atividade física regular, há evidências que podem ser fatores de proteção ou de risco. Este pesquisador, na prática clínica, verifica a cada encontro com os pacientes se estão fazendo atividade física e se estão dormindo de modo satisfatório. Um estudo realizado na Noruega com 10.220 adolescentes de 16 a 19 anos de idade mostrou que quanto mais problemas no padrão de sono, maior a frequência de autolesão. A pesquisa concluiu que problemas no padrão do sono, como

insônia, curta duração do sono, latência prolongada do sono, acordar após o início do sono, bem como grandes diferenças entre o sono dos dias da semana e dos finais de semana, geraram maiores chances de autolesão compatíveis com a relação dose-resposta. (Mari Hysing, Børge Sivertsen, Kjell Morten Stormark, Rory C. O'Connor, 2018, p. 140)

Os resultados, portanto, mostram uma relação relevante entre problemas de sono e autolesão. Nesse sentido, estratégias terapêuticas com adolescentes visando reduzir ASIS devem incorporar problemas de sono como alvo de tratamento (Hysing, Sivertsen, Stormark & O'Connor, 2018).

Sobre a importância da atividade física, o estudo de Boone e Braush (2016) teve como objetivo analisar a relação entre atividade física, depressão e Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS) em 167 estudantes do ensino médio e de graduação (idade média = 17,37, faixa = 14-25). Os resultados mostraram que

a frequência da ASIS teve uma relação negativa significativa com a atividade física, e a atividade física moderou a relação entre os sintomas depressivos e a autolesão. Especificamente, altos níveis de sintomas depressivos e baixos níveis de atividade física tiveram a maior frequência de ASIS. No geral, a atividade física pode ter uma natureza protetora contra ASIS. (p. 625)

Outro destaque que é necessário esclarecer diz respeito à prática clínica, que não foi objeto deste estudo, ou seja, não foi objetivo de o pesquisador tratar de procedimentos clínicos, diretamente. No entanto, como contribuição, o leitor poderá encontrar nos Apêndices B e C um modelo de avaliação de risco e outro com perguntas que devem ser feitas no momento da abordagem clínica.

Para concluir, os estudos sobre ASIS estão apenas iniciando no Brasil. Uma das metas que este pesquisador reputa como relevante para o futuro, já em curto prazo, é sistematizar instituições que tratem do tema, montar um calendário acadêmico/científico com estudiosos nacionais e internacionais para troca de experiências e desenvolvimento de pesquisas em nosso país. Inicialmente, faz-se necessária uma ampla pesquisa epidemiológica para, realmente, termos dados consistentes sobre ASIS no território nacional. É uma pretensão deste pesquisador articular o referido projeto de pesquisa ainda no ano de 2019. Outra pesquisa necessária deve tratar dos alunos que moram em cidades do interior brasileiro e migram para estudar em grandes cidades, polos acadêmicos. Na verdade, pesquisas em escolas e universidades sobre ASIS devem ter caráter de urgência.

Mais um desafio é capacitar os profissionais de saúde da rede de saúde pública, assim como professores e gestores das instituições acadêmicas. Após as nossas entrevistas, nas conversas de fechamento com os pais e representantes da escola, ficava clara a dificuldade em fazer os necessários, às vezes urgentes, encaminhamentos para a rede pública de saúde, por causa das questões de capacidade de atendimento e, não custa dizer, as demandas que envolvem comportamentos de risco, risco de morte, como ASIS e comportamento suicida, requerem do profissional o mínimo de conhecimento sobre o tema e as intervenções mais eficazes.

Este trabalho, entre outros interesses, buscou proporcionar a expressão desses jovens estudantes através das narrativas, saber da “fonte primária” (eles próprios) de suas histórias de vida, angústia, expectativas, sentido de vida e o quanto estavam dispostos a viver.

O maior patrimônio de um indivíduo é a sua história! Se não está em paz com ela, se sempre está em rota de conflito com o seu passado, algo não vai bem. Precisamos estar atentos e ajudar, cada um da sua forma, as pessoas a encontrarem um caminho de paz com o seu passado e com a sua história, para não haver investimento em comportamentos autodestrutivos, ao contrário, investirem na vida.

REFERÊNCIAS

- Alasaarela, L., Hakko, H., Riala, K., & Riipinen, P. (2017). Association of self-reported impulsivity to nonsuicidal self-injury, suicidality, and mortality in adolescent psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 340-345. doi: 10.1097/NMD.0000000000000655
- Alcântara Müller, S., Silveira Pereira, G., & Basso Zanon, R. (2017). Estratégias de prevenção e pós-venção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 6-23. doi: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic & statistical manual of mental disorders* (5a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ammerman, B. A., Iacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide Life Threat Behavior*, 48(1), 31–37. doi:10.1111/sltb.12330.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 11.
- Angelotta, C. (2015). Defining and refining self-harm: A historical perspective on nonsuicidal self-injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), 75–80. doi: 10.1097/NMD.0000000000000243
- Aragao Neto, C. H. (2013). *Os aspectos socioantropológicos que contribuem para a tentativa do suicídio em Teresina – PI* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Arqueologia. Universidade Federal do Piauí, Piauí, Brasil.
- Aratangy, E. W. (Org.). (2017). *Como lidar com automutilação. Guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação*. São Paulo: Hogrefe.
- Araújo, J. F. B., Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. C. (2016). O corpo na dor: Automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos Da Clínica. Revista Sobre a Infância Com Problemas*, 21(2), 497-515.
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015). The relationship between parental expressed emotions and non-suicidal self-injury: the mediating roles of self-criticism and depression. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 491-498.

- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., ... Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387-405.
- Bardin, L. (1977). *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*, 36(2):341-50. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.12.001.
- Bernardes, S. M. (2015). *Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam* (Dissertação de mestrado) Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135810>.
- Bernardino, L. M. F., & Kupfer, M. C. M. (2008). A criança como mestre do gozo da família atual: Desdobramentos da "pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil". *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 8(3), 661-680.
- Boone, S.D., & Brausch A.M. (2016). Physical activity, exercise motivations, depression, and nonsuicidal self-injury in youth. *Suicide Life Threat Behavior*, 46(5), 625-633. doi: 10.1111/sltb.12240.
- Botega, N. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Boxer, P. (2010). Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 39(4), 470-480. doi: 10.1080/15374416.2010.486302.
- Braga, L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicide in adolescence: risk factors, depression and gender. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>.
- Brent, D. A., McMakin, D. L., D. Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., & Douaihy, A. B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *Journal American Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 52(12). doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.009.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.
- Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25-40.

- Briere, J., & Elliot, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10):1205-22.
- Brito, L. M. T. (2007). Família pós-divórcio: A visão dos filhos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 32-45.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20.
- Burešová, I, Bartošová, K., & Čerňák, M. (2015). Connection between Parenting Styles Self-harm in Adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 1106-1113. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.272>
- Casellato, G. (Org.). (2015). *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto reconhecido*. São Paulo: Summus Editorial.
- Cavalcante, F. G., Minayo M. C., Gutierrez D. M. D., Sousa, G. S., Silva R. M., Moura R., ... Izquierdo, G.M. (2015). Tools, strategies and qualitative approach in relation to suicidal attempts and ideation in the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6),1667-80. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26060945>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). *Web-based injury statistics query na reporting system (WISQARS)*. Recuperado de www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontier in Psychology*, 8, 1946. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (Eds.). (2014). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancement in etiology and treatment*. New York: Springer.
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., & Vammen K. S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury--Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44,106-116. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.023.
- Damous, I., & Klautau, P. (2016). Infant registers in adolescence: self-mutilation as very early traumas updating. *Tempo Psicanalítico*, 48(2), 95-113.
- Deslandes, S. F., Iriart, J.A.B. (2012). Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (Theoretical and methodological uses of research in Social and Human Sciences in Health). *Cadernos de Saúde Pública*, 28(12):2380-2386.

- Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: The effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *21*(9), 511-520.
- Couto, V.V., & Tavares, M. (2016). Apego e risco de suicídio em adolescentes: Estudo de revisão. *Revista da SPAGESP* (Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo), *17*(2), 120-136.
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: a systematic review of self-reported accounts. *Journal Affective Disorders*, *191*, 109–117. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.043.
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3a ed.). Baltimore: JHU Press.
- Ferreira, G. (2016). *Entre cortes e amarrações: Considerações psicanalíticas sobre automutilação/cutting na adolescência* (Trabalho de conclusão de curso). Departamento de Humanidades e Educação – DHE, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Rido Grande do Sul, Brasil.
- Ferreira, S., & Bernstein, J. A. (2012). Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *28*(12), 2380-2386.
- Flores-Soto, M. R., Cancino-Marentes, M. E., & Varela, M. R. F. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, *44*(4), 200-216.
- Fonseca, P. H., Silva, A. C., Araujo, L. M., & Botti, N. C. (2018). Autolesión sin intención suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *70*(3), 246-258.
- Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S., & Taylor P. J. (2017) Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *221*, 172–183.
- Gholamrezaei, M., De Stefano, J., & Heath, N. L. (2017). Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities. *International Journal of Psychology*, *52*(4), 316-326. doi: 10.1002/ijop.12230
- Gholamrezaei, M., De Stefano, J., & Heath, N. L. (2017). Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: A review. *International Journal of Psychology*, *52*(4):316-326. doi: 10.1002/ijop.12230

- Gil, Antonio Carlos (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo* (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Gomes, R. (2014). *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
- Gonçalves, J. N. (2016). “*Vocês acham que me corto por diversão?*” *Adolescentes e a prática da automutilação* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
- Gonzales, K. G., Neves, T. G., & Santos, C. M. (2018). Abordagens metodológicas de pesquisa: Algumas notas. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, 19(2). doi: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8733.2018v19n2p217-226>
- Gooding, P., Tarrier, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulph, F., & Pratt, D. (2015). The moderating effects of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. *European Psychiatry*, 30 (8), 988–994.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1091-1103.
- Gratz, K., Conrad, S., & Roemer, L. (2000). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 842-849.
- 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.
- Hamza, C. A., Stewart, S., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495.

- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Armiento, J. (2014). A laboratory examination of pain threshold and tolerance among nonsuicidal self-injurers with and without self-punishing motivations. *Archives of Scientific Psychology*, 2(1), 33-42. doi <http://dx.doi.org/10.1037/arc0000008>
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*, 330, 891-894.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–51.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Heath, N. L., Ross, S., Toste, J. R., Charlebois, A., & Nedecheva, T. (2009). Retrospective analysis of social factors and non-suicidal self-injury among young adults. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 41, 180-186.
- Hilt, L., Nock, M. K., & Lloyd-Richardson, E. E. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal. *The Journal of early adolescence*, 28(3).
- Hooley, J. M., and S. A. St. Germain. 2013. "Nonsuicidal Self-Injury, Pain, and Self-Criticism: Does Changing Self-Worth Change Pain Endurance in People Who Engage in Self-Injury?" *Clinical Psychological Science* (November 18). doi:10.1177/2167702613509372.
- Hornor, G. (2016). Nonsuicidal self-injury. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(3), 261-267.
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stomark, K. M., & O'Connor, R. C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 306–312. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146514.
- International Society for the Study of Self-Injury. (2017). *Definition of non-suicidal self-injury*. Orlando: Autor. Recuperado de <http://www.itriples.org/iss-s-aboutself-i.html>
- International Society for the Study of Self-injury. (2018). *What is self-injury?* Orlando: Autor. Recuperado de <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>.
- Jacob, N., Evans, R., & Scourfield, J. (2017). The influence of online images on self-harm: A qualitative study of young people aged 16-24. *Journal of Adolescence*, 60,140-147. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.08.001.

- Jarvi, S. M., Hearon, B. A., Batejan, K.L., Gironde, & S., Björgvinsson, T. (2017). Relations between past-week physical activity and recent nonsuicidal self-injury in treatment-seeking psychiatric adults. *Journal of Clinical Psychology, 73*(4), 479-488. doi: 10.1002/jclp.22342.
- Jatobá, M. M. V. (2010). *O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Jiang, Y., You, J., Hou, Y., Du, C., Lin, M. P., Zheng, X., & Ma, C. (2016). Buffering the effects of peer victimization on adolescent non-suicidal self-injury: The role of self-compassion and family cohesion. *Journal of Adolescence, 53*, 107-115.
- Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., & Silva, C. (2012). Nonsuicidal self-injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Current Directions in Psychological Science, 21*, 342-347.
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Archives of Suicides Research, 12*(3), 181–196.
- Kim, Y. S., & Lventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 20*(2),133-154.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2):226-39.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(3): 215–219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal Clinical of Psychology, 63*(11):1045-56.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*, 44.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S., & Walsh, B. (2011). *Non-suicidal self-injury*. Cambridge: Hogrefe.
- Kosminsky, P. S., & Jordan, J. R. (2016). *Attachment informed grief therapy: The clinician's guide to foundations and applications*. New York: Routledge.

- Kress, V. E., Newgent, R. A., Whitlock, J., & Mease, L. (2015). Religiosity, life satisfaction, and life meaning as protective factors for nonsuicidal self-injury in college students. *Journal of College Counseling, 18*, 160-174.
- Lewis, S. P., Bryant, L. A., Schaefer, B. M., Grunberg, & Paul H. (2017). In their own words: Perspectives on nonsuicidal self-injury disorder among those with lived experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 205*(10), 771-779. doi: 10.1097/NMD.0000000000000733
- Lima, S., Costa e Silva, S., Magalhães, S., & Assis, S. (2014). O desafio do conhecimento. *Revista Inter-Legere, 14*(14). Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4873>
- Lópes, R. J., Randall, A., Sorgi, K., Rabasco, A, Shatten., & Miller, H. (2017). *The Impact of non-suicidal self-injury versatility on suicidality*. Comunicação apresentada no Butler Hospital - The Warren Alpert Medical School of Brown University. Butler Hospital, Providence, Rhode Island, USA.
- Lundh, L.G., Bjärehed, J., & Wångby-Lundh, M. J. (2013). Poor sleep as a risk factor for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(1), p 85–92.
- Marco, J. H., Garcia-Alandete, J., Pérez, S., Guillen, V., Jorquera, M., Espallargas, P., & Botella, C. (2015). Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 230*(2), 561-566.
- Mbroh, H., Zullo, L., Westers, N., Stone, L., King, J., Kennard, B.,... Stewart, S. (2018). Double trouble: Nonsuicidal self-injury and its relationship to suicidal ideation and number of past suicide attempts in clinical adolescents. *Journal of Affective Disorders, 238*, 579-585.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P, & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-764.
- Mills, C., Guerin, S., Lynch, F., Daly, I., & Fitzpatrick, C. (2004). The relationship between bullying, depression and suicidal thoughts/behaviour in Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine, 21*(4):112-116. doi: 10.1017/S0790966700008521.
- Minayo, M. C. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Montenegro, B (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade pública brasileira* (Dissertação de mestrado). (incorporar faculdade) Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.

- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 11*, 69–82.
- Muehlenkamp, J. J., Ertelt, T. E., Miller, A. L., & Claes, L. (2011). Differentiating non-suicidal self injury in adolescent outpatients: symptoms of borderline personality. *Journal of Child and Family Studies, 52*(2), 148-155.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*, 10–18.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(1), 67-80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x.
- Muehlenkamp J. J., Swenson, L. P., Batejan, K. L., & Jarvi, S. M. (2014). Emotional and behavioral effects of participating in an online study of nonsuicidal self-injury: An experimental analysis *Clinical Psychological Science, 3*, 26-37. doi: 10.1177/2167702614531579
- Muehlenkamp, J.J., Brausch, A. M, & Washburn, J. J. (2017). How much is enough? examining frequency criteria for NSII disorder in adolescent inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(6), 611-619. doi: 10.1037/ccp0000209
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal, 178*, 306–312.
- Nock, M. K. (2010) Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Nock, M. K. (Ed.). (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In Nock, M. K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self- injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(3), 616-623. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1):140-6.

- Oliveira, T. A. (2016). *Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?* (Tese de especialização). Curso de pós-graduação especialização em saúde mental e atenção básica. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil. Recuperado de: <https://docplayer.com.br/55695396-Curso-de-pos-graduacao-especializacao-em-saude-mental-e-atencao-basica-taina-almeida-de-oliveira-automutilacao-do-corpo-entre-adolescentes.html>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevenición del suicidio: Un imperativo global*. Washington, DC: OPS.
- Plener, P. L., Kapusta, N. D., Brunner, R., & Kaess, M. (2014). Non-suicidal self-Injury (NSSI) and suicidal behavior disorder in the DSM-5. *Zeitschrift Fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(6), 405-11.
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.*, 2(2) doi: 10.1186/s40479-014-0024-3.
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, C. (2016) The prevalence of nosuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the german population. *BMC Psychiatry*, 16, 353. doi: 10.1186/s12888-016-1060-x
- Pompili, M., Goracci, A., Giordano, G., Erbutto, D., Girardi, P., Klonsky, E.D., & Baldessarini, R.J. (2015). Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *Journal of Psychopathology*, 21, 348-353.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2),146-154. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-438306>
- Risé, C. (207). *A inaceitável ausência do pai*. São Paulo: Cidade Nova
- Robert, W. (2017). Characteristics of adolescent who engage in non-suicidal self-injury. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 2(5), 555596. doi: 10.19080/PBSIJ.2017.02.555596
- Rodav, O., Levy, S., & Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *European Psychiatry*, 29, 503-508.
- Rosa, M., Azevedo de Oliveira, D.P., & Orey, D.C. (2015). Delineando e conduzindo o método misto de pesquisa em investigações em educação matemática. *Perspectivas da Educação Matemática*, 1, 5-20.

- Santos, A. A., Barros, D. R., Lima, B. M., & Costa Brasileiro, T. (2018). Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências (Self-mutilation in adolescence: understanding its causes and consequences). *Temas em Saúde, 18*(3), 116-142.
- Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. (2017). Suicídio: saber agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico, 48*(30). Brasília: Autor. Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
- Silva, R. M., Sousa, G. S., Vieira, L. J. E., Caldas, J. M. P., & Minayo, M. C. (2018). Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(Supl. 2),755-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>
- Silva, S. G. (2011). As modificações corporais na sociedade contemporânea (Body modifications in contemporary society). *Caderno Psicanál. CPRJ, 33*(25), 239-257.
- Silveira, D. T., & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (Orgs.). *Métodos de pesquisa. Universidade Aberta do Brasil, UAB/UFRGS, Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS (Coord)*. Porto Alegre: UFRGS.
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Başay, B., Güngör, D., Başay, O., & Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50* (7), 1163–1171. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1060-z>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 44*(3), 273-303.
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American College Health, 63*(1), 40–48.
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury *Journal of Affective Disorders, 227*, 759–769.
- Turner, V. J. (2002). *Secret scars: uncovering and understanding the addiction of self-injury*. Center City, Minnesota: Hazelden.

- Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: Evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 1–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8> 10)
- Vieria, M. G., Pires, M. H. R., & Pires, O. C. (2016). Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*, 17(4), 257-260. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160084>.
- Volpato, G. (2015). O método lógico para redação científica. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 9(1). Recuperado de <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/932/1577>
- Wallerstein, J., Lewis, J., & Blakesle, E. S. (2002). *Filhos do divórcio*. São Paulo: Edições Loyola.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Ward-Ciesielski, E. F., Schumacher, J., A., & Bagge, C., L. (2016) Relations between nonsuicidal self-injury and suicide attempt characteristics in a sample of recent suicide attempters. *Crisis*, 37, 310-313.
- Werlang, B., G., & Botega, N., J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Whitlock, J., & Lloyd-Richardson, E. (2019). *Healing self-injury: A compassionate guide for parents and other loved ones*. New York: Oxford University Press.
- Whitlock, J., & Selekman, M. D. (2014). Nonsuicidal self-injury across the life span. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948.
- Whitlock, J., Minton, R., Babington, P., & Ernhout, C. (2015). *The relationship between non-suicidal self-injury and suicide*. The Information Brief Series, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. New York: Cornell University, Ithaca.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, J., Abrams, G., ... Knox, K. (2011). Non-suicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59, 691–698.

- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal Adolesc. Health., 52*(4):486-92. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5) 546-553.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *American Journal Psychiatry, 168*(5), 495-501.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology, 20*(2):651-71. doi: 10.1017/S0954579408000321.
- You, J., & Lin, M. P. (2015). Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 524–533. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039055>
- You, J., & Lin, M. P. (2015). Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(3):524-33. doi: 10.1037/a0039055.
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1), 1–13.

APÊNDICES

Apêndice A - Caracterização dos casos

I.1 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Elvira

Naturalidade: teresinense

Idade: 12 anos

Cor: negra

Credo: sem religião

Ano escolar: 6º anos ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert)¹: mais para pior que para melhor-5

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mãe, irmã e o padrasto

I.2 – Categorias de análise

I.2.1-Aspectos infância

I.2.1.1-Percepção inicial do entrevistado: “um pouco boa”.

I.2.1.2-Aspectos/lembranças positivos: morar com a avó, ter mais atenção, brincar com os primos, boa convivência e atenção do pai.

I.2.1.3-Aspectos negativos: brigas com a primeira madrasta e com seu filho envolvendo violência física e psicológica deste último, dificuldades de relacionamento com a segunda madrasta e conflitos e distanciamento gradual do pai. Percepção de ter sido ignorada e desprezada pela família do pai, após ir morar com a mãe. Perda da avó.

I.2.2-Aspectos adolescência

I.2.2.1-Percepção inicial do entrevistado: ruim, “muito puxado”.

I.2.2.2-Aspectos/lembranças positivos: a entrevistado não relatou nada de positivo nessa fase.

I.2.2.3-Aspectos negativos: maior carga de responsabilidade. Suicídio do melhor amigo, três meses antes da entrevista. Sofrer mais crítica. Crise de orientação sexual e conflitos com a mãe.

I.2.3-Relações escolares: sem citação sobre a escola.

I.2.4-Padrão do sono: dorme às três da madrugada e acorda às nove horas da manhã. Acorda com frequência durante o sono. Acorda cansada.

¹ ESCALA LIKERT: verificação do estado emocional dos entrevistados na semana anterior à entrevista, baseado nos critérios 1-excelente, 2-muito bem, 3-bem, 4- mais para melhor do que para pior, 5-mais para pior do que para melhor, 6- mal, 7- muito mal, 8-péssimo(a).

- I.2.5-Atividade física: não pratica atividade física.
- I.2.6-Comportamento auto-lesivo
- I.2.6.1-Último episódio de ASIS²: semana anterior à entrevista.
- I.2.6.2-Fator precipitante suicídio do melhor amigo.
- I.2.6.3-local(is) onde pratica ASIS: em casa, no quarto e no banheiro.
- I.2.6.4-Métodos: corte (braços, parte interna do lábio e bater a cabeça contra a parede e/ou vidro).
- I.2.6.5-Sentimento que precipita a ASIS tristeza e culpa.
- I.2.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina(apontador de lápis) e estilete.
- I.2.6.7-Características: cortes superficiais. Ausência de dor.
- I.2.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional e auto punição.
- I.2.6.9-Primeiro episódio de ASIS: aos onze anos, cinco meses antes da entrevista.
- I.2.6.10-Estigma: passou a ser vista como má influência para os colegas.
- I.2.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: admite ter influenciado duas amigas.
- I.2.6.12-Frequência: duas vezes por semana, com a quantidade de dois cortes por episódio.
- I.2.6.13-Horário dos episódios de ASIS: à noite.
- I.2.6.14-Tempo de alívio: dois dias.
- I.2.6.15-Sentimento após o episódio: tristeza.
- I.2.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não.
- I.2.6.17-Informação inicial sobre ASIS: perfil do facebook de um amigo, com vídeos de conteúdos depressivos e um link de um vídeo chamado anjos suicidas: depressão na adolescência.
- I.2.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: internet e redes sociais (facebook do amigo, imagem do braço lesionado de mesmo).
- I.2.7-Comportamento suicida:
- I.2.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.
- I.2.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: cem por cento (100%).
- I.2.7.3-Tentativa de suicídio: uma, tentativa de enforcamento.
- I.2.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: dez (10).
- I.2.7.5- Fator de proteção: mãe.

² ASIS-autolesão sem intenção suicida. Tradução literal do termo usado na literatura internacional NSSI (non suicidal self-injury).

I.2.7.6- Fator de risco: conflitos e ausência do pai, relação conflituosa com a mãe, ambientes familiares caóticos, violência física e psicológica, morte de pessoas significativas (avó e melhor amigo).

I.1.2 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Jupita

Naturalidade: teresinense

Idade: 14 anos

Cor: negra

Credo: evangélica

Ano escolar: 9º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): mais para pior que para melhor - 5

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mãe, irmã e irmão.

I.2.2 – Categorias de análise

I.2.2.1-Aspectos infância

I.2.2.2-Percepção inicial do entrevistado: boa.

I.2.2.2-Aspectos/lembranças positivos: brincadeiras (ludicidade).

I.2.2.3-Aspectos negativos: separação dos pais (um ano antes da entrevista), pai alcoolista, sofreu violência sexual por parte de um primo (um episódio aos sete anos), vítima do segundo abuso (por parte do tio, entre sete e nove anos), ausência do pai, mudança de escola, vítima de bullying até os onze anos, adoecia com medo de ir para a escola, ambiente familiar caótico.

I.2.2.2.-Aspectos adolescência

I.2.2.2.1-Percepção inicial do entrevistado: melhor que a infância.

I.2.2.2.2-Aspectos/lembranças positivos: atleta de handball da escola (melhorou auto estima e a socialização entre pares), maior autonomia.

I.2.2.2.3-Aspectos/lembranças negativos: conflito entre descoberta da sexualidade e a religião, ser reconhecida, equivocadamente como homossexual. Maior irritabilidade

I.2.2.3-Relações escolares: na infância vítima de bullying e isolamento, na adolescência conflitos por ser rotulada de homossexual, entretanto, as relações são bem melhores, devido o reconhecimento como atleta da escola, consumo e venda de drogas na escola.

I.2.2.4-Padrão do sono: Ruim. Passou um período de uma ano dormindo somente das seis às oito horas da manhã. No momento da entrevista, dormia cinco horas por noite.

I.2.2.5-Atividade física: atleta de handball.

I.2.2.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.2.6.1-Último episódio de ASIS: menos de um mês da entrevista.

I.2.2.6.2-Fator precipitante: briga com a mãe.

I.2.2.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: quarto, escola.

I.2.2.6.4-Métodos: cortes e um episódio de queimadura. Locais do corpo onde ocorrem as lesões pernas, braços e barriga.

I.2.2.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: raiva e tristeza.

I.2.2.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina.

I.2.2.6.7-Características: cortes profundos, com ausência de dor, apenas uma ardência. Relata sentir algum prazer no corte. Relata que gosta de ver o sangue correr dos cortes. Afirma que a prática de ASIS vicia. Escreveu a palavra lixo no antebraço esquerdo.

I.2.2.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.

I.2.2.6.9-Primeiro episódio de ASIS: aos doze anos.

I.2.2.6.10-Estigma: prefere fazer os episódios de ASIS sozinha para evitar exposição.

I.2.2.6.11-Efeito de contágio da entrevistada sobre o grupo: não relatado.

I.2.2.6.12-Frequência: uma vez por mês.

I.2.2.6.13-Horário dos episódios de ASIS: variado.

I.2.2.6.14-Tempo de alívio: momentâneo.

I.2.2.6.15-Sentimento após o episódio: arrependimento, incompetência e sentimento de inutilidade.

I.2.2.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: sim. Tratamento psicológico.

I.2.2.6.17-Informação inicial sobre ASIS: através da melhor amiga, que mostrou as cicatrizes no braço.

I.2.2.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: fez o primeiro episódio de ASIS, após ver as cicatrizes no braço da amiga, por um período se reuniam para a prática conjunta.

I.2.2.7-Comportamento suicida:

I.2.2.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.

I.2.2.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: oitenta por cento(80%).

I.2.2.7.3-Tentativa de suicídio: três, uma dentro da escola.

I.2.2.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: quatro (4) diminuindo a intenção de morte.

I.2.2.7.5- Fator de proteção: esporte, handball. Socialização entre pares, aprender a expressar

sentimentos. Melhor rendimento acadêmico.

I.2.2.7.6- Fator de risco: ambiente familiar caótico, ausência do pai, relação conflituosa com a mãe, bullying na infância, uso de drogas na pré adolescência.

I.1.3 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Malala

Naturalidade: teresinense

Idade: 14 anos

Cor: branca

Credo: evangélica

Ano escolar: 8º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem - 3

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mora com a mãe e eventualmente o namorado da mãe permanece na residência.

I.2.3 – Categorias de análise

I.2.3.1-Aspectos infância

I.2.3.1.2-Percepção inicial do entrevistado: ruim.

I.2.3.1.3-Aspectos/lembranças positivos: não relatou.

I.2.3.1.4-Aspectos negativos: violência sexual aos dez anos, por parte do tio, morte dos avós, com quem tinha boa relação.

I.2.3.2-Aspectos adolescência

I.2.3.2.1-Percepção inicial do entrevistado: ruim.

I.2.3.2.2-Aspectos/lembranças positivos: maior autonomia.

I.2.3.2.3-Aspectos negativos: separação dos pais, maior carga de responsabilidade, separação dos amigos, maior isolamento.

I.2.3.2.4-Relações escolares: tem amigas, mas busca se isolar a maior parte do tempo, fica sozinha nos intervalos.

I.2.3.2.5-Padrão do sono: dorme entre meia-noite e uma hora da manhã, em média oito horas de sono, com interrupções, isso faz com que acorde sem sentir reparada.

I.2.2.2.6-Atividade física: pratica handball.

I.2.2.2.7-Comportamento auto-lesivo:

I.2.2.2.8-Último episódio de ASIS: seis meses antes da entrevista.

I.2.2.2.8.1-Fator precipitante: estado de angústia durante à noite, o que a levou a assistir o

canal "anjos suicidas", escutou músicas melancólicas, trazendo lembrança dos traumas vividos.

I.2.2.2.8.2-Local(is) onde pratica ASIS: quarto de casa e sala de aula (primeiro episódio).

I.2.2.2.8.3-Métodos: corte nos braços.

I.2.2.2.8.4-Sentimento que precipita a ASIS:

I.2.2.8.5-Objeto utilizado para o corte: estilete e lâmina.

I.2.2.8.6-Características: alterna cortes superficiais e mais profundos. Ritual: escutar músicas melancólicas e assistir vídeos sobre comportamentos auto destrutivos na rede, para depois realizar o episódios de ASIS, em casa.

I.2.2.8.7-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.

I.2.2.8.9-Primeiro episódio de ASIS: na sala de aula., no ano anterior a entrevista.

I.2.2.8.10-Estigma: arrependimentos após os episódios de ASIS por causa das cicatrizes e o receio de ser descoberta.

I.2.2.8.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: não relatada.

I.2.2.8.12-Frequência: uma vez por mês.

I.2.2.8.13-Horário dos episódios de ASIS: dependendo do local, durante o dia, no ambientes escolar, à noite, em casa..

I.2.2.8.14-Tempo de alívio: em torno de quatro horas.

I.2.2.8.15-Sentimento após o episódio: durante os episódios: raiva, após culpa e arrependimento.

I.2.2.8.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não relatou.

I.2.2.8.17-Informação inicial sobre ASIS: relato da amiga.

I.2.2.8.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: presenciou uma amiga se cortando na escola e iniciou o comportamento influenciada pela práticas entre os colegas de sala de aula e teor de internet.

I.2.2.7-Comportamento suicida:

I.2.2.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.

I.2.2.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: menos cinquenta por cento (50%).

I.2.2.7.3-Tentativa de suicídio: não relatou.

I.2.2.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero(0).

I.2.2.7.5- Fator de proteção: boa relação com a mãe, igreja, esporte, atividades acadêmicas(curso preparatório para mercado de trabalho), entre outras atividades que preenchem sua rotina.

I.2.2.7.6- Fator de risco: influência negativa das redes sociais e dos colegas, padrão ruim de sono, violência sexual sofrida na infância, morte dos avós, separação dos pais, ausência do pai, isolamento social (amigos e casa).

I.1.4 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Anair

Naturalidade: teresinense

Idade: 14 anos

Cor: parda

Credo: sem religião.

Ano escolar: 8º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): muito mal (7).

Sistema familiar (com quem mora atualmente): avós, tios e irmão.

I.2.3 – Categorias de análise

I.2.3.1-Aspectos infância

I.2.3.1-Percepção inicial do entrevistado: ruim.

I.2.3.2-Aspectos/lembranças positivos: não relatou.

I.2.3.3-Aspectos negativos: ausência dos pais, relação conflituosa com a avó (com quem mora), descoberta da homossexualidade da mãe, separação dos pais (aos cinco anos de idade).

I.2.3.2-Aspectos adolescência

I.2.3.2.1-Percepção inicial do entrevistado: chato.

I.2.3.2.2-Aspectos/lembranças positivos: estar crescendo e amadurecendo.

I.2.3.2.3-Aspectos negativos: violência física sofrida por parte da mãe (chegou a quebrar o braço), ausência dos pais, falta de contato com o pai (há dois anos não encontra), relação conflituosa com a avó, se sente desvalorizada e preterida em relação ao irmão..

I.2.3.3-Relações escolares: dificuldade de se relacionar na escola, não tem amigas e conseqüente isolamento, bullying (violência verbal e física, ocorrência na escola anterior).

I.2.3.4-Padrão do sono: bom.

I.2.3.5-Atividade física: não pratica.

I.2.3.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.3.6.1-Último episódio de ASIS: um mês antes da entrevista.

I.2.3.6.2-Fator precipitante: briga com a mãe.

- I.2.3.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: quarto e escola (dentro da sala de aula).
- I.2.3.6.4-Métodos: corte nos braços.
- I.2.3.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: raiva, culpa.
- I.2.3.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina.
- I.2.3.6.7-Características: corte superficiais nos braços, sem dor, apenas ardência.
- I.2.3.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.
- I.2.3.6.9-Primeiro episódio de ASIS: um ano e meio antes da entrevista.
- I.2.3.6.10-Estigma: usa jaqueta para esconder os cortes.
- I.2.3.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo:
- I.2.3.6.12-Frequência: uma vez por semana.
- I.2.3.6.13-Horário dos episódios de ASIS: a qualquer momento que surja a vontade.
- I.2.3.6.14-Tempo de alívio: duas semanas.
- I.2.3.6.15-Sentimento após o episódio: angústia e raiva.
- I.2.3.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não relatado.
- I.2.3.6.17-Informação inicial sobre ASIS: através de colegas na escola.
- I.2.3.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: influenciada pelos colegas da escola
- I.2.3.7-Comportamento suicida:
 - I.2.3.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.
 - I.2.3.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: dez por cento (10%).
 - I.2.3.7.3-Tentativa de suicídio: não.
 - I.2.3.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero(0).
 - I.2.3.7.5- Fator de proteção: ambiente da escola atual, aproximação com os pais, no caso da tentativa de suicídio, pensava na tristeza dos familiares.
 - I.2.3.7.6- Fator de risco: maus tratos na infância, ambiente familiar caótico, bullying, sentimento de desvalorização.

I.1.5 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Minerva

Naturalidade: teresinense

Idade: 12 anos

Cor: parda

Credo: não tem.

Ano escolar: 6º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem-3.

Sistema familiar (com quem mora atualmente): avó, tia e tio, dois primos.

I.2.4 – Categorias de análise

I.2.4.1-Aspectos infância

I.2.4.1.2-Percepção inicial do entrevistado: ruim.

I.2.4.1.3-Aspectos/lembranças positivos: não lembra.

I.2.4.1.4-Aspectos negativos: ausência dos pais, pai mora em Fortaleza e mãe em Brasília, ambiente familiar caótico, sentimento de que não é amada pela mãe, mãe alcoolista, período ruim quando tentou morar com a mãe em Brasília, ausência do pai (fala eventualmente pelo whatsapp).

I.2.4.2-Aspectos adolescência

I.2.4.2.1-Percepção inicial do entrevistado: melhor que a infância.

I.2.4.2.2-Aspectos/lembranças positivos: amadurecimento e maior liberdade.

I.2.4.2.3-Aspectos negativos: ausência dos pais (gosta mais do pai), maior carga de responsabilidade, conflitos familiares, bullying.

I.2.4.3-Relações escolares: relações conflituosas com colegas e professores, se considera muito violenta.

I.2.4.4-Padrão do sono: bom.

I.2.4.5-Atividade física: sim, capoeira e karatê.

I.2.4.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.4.6.1-Último episódio de ASIS: dois meses antes da entrevista.

I.2.4.6.2-Fator precipitante: raiva de uma colega.

I.2.4.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: escola, sala de aula.

I.2.4.6.4-Métodos: corte superficial nos braços, sem dor.

I.2.4.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: raiva.

I.2.4.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina.

I.2.4.6.7-Características: nos braços, sem relato de dor, em sala de aula, percebido por alguns alunos.

I.2.4.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.

I.2.4.6.9-Primeiro episódio de ASIS: cinco meses antes da entrevista.

I.2.4.6.10-Estigma: não relatado.

I.2.4.6.11-Efeito de contágio da entrevistada sobre o grupo: não relatada.

I.2.4.6.12-Frequência: diariamente.

I.2.4.6.13-Horário dos episódios de ASIS: período escolar.

I.2.4.6.14-Tempo de alívio: poucas horas.

I.2.4.6.15-Sentimento após o episódio: culpa.

I.2.4.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não.

I.2.4.6.17-Informação inicial sobre ASIS: colegas da escola.

I.2.4.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: influência das amigas na escola.

I.2.4.7-Comportamento suicida:

I.2.4.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: não.

I.2.4.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: zero(0)

I.2.4.7.3-Tentativa de suicídio: não.

I.2.4.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero (0).

I.2.4.7.5- Fator de proteção: karatê e capoeira, e atual ambiente escolar, participação no Projeto Pelotão Mirim, avó(parou de se cortar porque avó disse que provocaria câncer)

I.2.4.7.6- Fator de risco: ambiente familiar caótico, ausência dos pais, bullying na escola anterior.

I.1.6 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Sofia

Naturalidade: teresinense

Idade: 12 anos

Cor: branca

Credo: espírita

Ano escolar: 7º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): mais para pior que para melhor - 5

Sistema familiar (com quem mora atualmente): compartilha morada entre a casa da mãe e da avó.

I.2.5 – Categorias de análise

I.2.5.1-Aspectos infância

I.2.5.1.2-Percepção inicial do entrevistado: ruim

I.2.5.1.3-Aspectos/lembranças positivos: momentos vividos com o pai, casa da minha madrinha, brincadeiras e o início dos treinos de karatê, boa relação com irmãos.

- I.2.5.1.4-Aspectos negativos: violência familiar física e moralmente (pai e tia batiam na mãe), ausência do pai, crise de orientação sexual.
- I.2.5.2.-Aspectos adolescência
 - I.2.5.2.1-Percepção inicial do entrevistado: legal.
 - I.2.5.2.2-Aspectos/lembranças positivos: novas amizades, amadurecimento.
 - I.2.5.2.3-Aspectos negativos: maiores cobranças.
- I.2.5.3-Relações escolares: problemas com pares que praticam ASIS, reprovação no ano anterior.
- I.2.5.4-Padrão do sono: bom.
- I.2.5.5-Atividade física: pratica karatê.
- I.2.5.6-Comportamento auto-lesivo
 - I.2.5.6.1-Último episódio de ASIS: seis meses antes da entrevista fez um único episódio de ASIS.
 - I.2.5.6.2-Fator precipitante: a morte da mãe, considerada mãe.
 - I.2.5.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: em casa, no banheiro.
 - I.2.5.6.4-Métodos: cortes mais ou menos profundos, nos braços. Para evitar se cortar, esmurra a parede até machucar as mãos, escutando músicas. Sentiu pouca dor.
 - I.2.5.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: tristeza.
 - I.2.5.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina de barbeador.
 - I.2.5.6.7-Características: corte nos braços, mais ou menos profundos.
 - I.2.5.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.
 - I.2.5.6.9-Primeiro episódio de ASIS: primeiro e único episódio.
 - I.2.5.6.10-Estigma: a mãe quer tirá-la da escola para afastar dos colegas que praticam ASIS.
 - I.2.5.6.11-Efeito de contágio da entrevistada sobre o grupo: nenhum.
 - I.2.5.6.12-Frequência: um único episódio.
 - I.2.5.6.13-Horário dos episódios de ASIS: não relatado.
- I.2.6.14-Tempo de alívio: uma hora.
- I.2.6.15-Sentimento após o episódio: arrependimento e culpa.
- I.2.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não.
- I.2.6.17-Informação inicial sobre ASIS: influência de colegas da escola e sites na internet.
- I.2.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: influência dos colegas da escola e internet.
- I.2.7-Comportamento suicida:
 - I.2.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: não.

I.2.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: zero(0).

I.2.7.3-Tentativa de suicídio: não.

I.2.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero (0).

I.2.7.5- Fator de proteção: pratica de esporte, sono reparador.

I.2.7.6- Fator de risco: ausência do pai, conflitos com a mãe, crise de orientação sexual, perda da madrinha.

I.1.7 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Babsi

Naturalidade: carioca, reside em Teresina há dois anos.

Idade: 14 anos

Cor: parda

Credo: evangélica

Ano escolar: 7º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem - 3

Sistema familiar (com quem mora atualmente): com a mãe.

I.2.6 – Categorias de análise

I.2.6.1-Aspectos infância

I.2.6.1.1-Percepção inicial do entrevistado: boa (lembranças de muita brincadeira)

I.2.6.1.2-Aspectos/lembranças positivos: ter muito tempo para brincar, sobretudo quando chegou no Piauí.

I.2.6.1.3-Aspectos negativos: era usada como álibi e testemunha das traições, e era ameaçada por ele, separação dos pais.

I.2.6.2.-Aspectos adolescência

I.2.6.2.1-Percepção inicial do entrevistado: normal

I.2.6.2.2-Aspectos/lembranças positivos: mais autonomia.

I.2.6.2.3-Aspectos negativos: bullying na escola e olhares preconceituosos em função da sua aparência máscula, maior pressão, medo de ter depressão por causa de sua tristeza constante, crise de orientação sexual, expressa raiva e culpa por ser homossexual e do julgamento das pessoas.

I.2.6.3-Relações escolares: bullying na escola, preconceito em razão da orientação sexual, desobediência e comportamento inadequado em sala de aula.

I.2.6.4-Padrão do sono: ruim.

I.2.6.5-Atividade física: pratica futebol.

I.2.6.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.6.6.1-Último episódio de ASIS: antes da entrevista.

I.2.6.6.2-Fator precipitante: vazio e tristeza.

I.2.6.6.3-local(is) onde pratica ASIS: casa e escola.

I.2.6.6.4-Métodos: corte nos braços, que se alternam profundos e/ou superficiais.

I.2.6.6.5-Sentimento que precipita a ASIS:

I.2.6.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina do apontador de lápis.

I.2.6.6.7-Características: sem dor.

I.2.6.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.

I.2.6.6.9-Primeiro episódio de ASIS: na escola.

I.2.6.6.10-Estigma: não relatado.

I.2.6.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: nenhum.

I.2.6.6.12-Frequência: uma vez por semana.

I.2.6.6.13-Horário dos episódios de ASIS: indeterminado.

I.2.6.6.14-Tempo de alívio: alguns dias.

I.2.6.6.15-Sentimento após o episódio: tristeza e culpa.

I.2.6.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não.

I.2.6.6.17-Informação inicial sobre ASIS: colegas da escola.

I.2.6.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: influenciada por colegas da escola.

I.2.6.7-Comportamento suicida:

I.2.6.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.

I.2.6.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: três por cento (3%).

I.2.6.7.3-Tentativa de suicídio: uma (sufocamento).

I.2.6.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero(0).

I.2.6.7.5- Fator de proteção: mãe (para outra tentativa de suicídio), esporte.

I.2.6.7.6- Fator de risco: crise de orientação sexual, padrão de sono ruim, ausência do pai, preconceito pela aparência e pela orientação sexual, conflito com a mãe.

I.1.8– Perfil introdutório

Entrevistado(a): Emílio

Naturalidade: teresinense

Idade: 11 anos

Cor: pardo

Credo: evangélico

Ano escolar: 6º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem - 3

Sistema familiar (com quem mora atualmente): avó, irmão e tio.

I.2.7 – Categorias de análise

I.2.1.1-Aspectos infância

I.2.1.2-Percepção inicial do entrevistado: boa

I.2.1.2-Aspectos/lembranças positivos: boa relação com os irmãos.

I.2.1.3-Aspectos negativos: separação dos pais, ausência e mentiras do pai, falecimento da avó paterna.

I.2.2.-Aspectos adolescência

I.2.2.1-Percepção inicial do entrevistado: normal.

I.2.2.2-Aspectos/lembranças positivos: gosta de jogar bola e brincar de queimada na vizinhança.

I.2.2.3-Aspectos negativos: distanciamento dos pais, briga entre os pais, ausência dos pais, mentiras que ele identifica no pai quando ocorre um encontro entre eles.

I.2.3-Relações escolares: se relaciona com os colegas de escola bem.

I.2.4-Padrão do sono: ruim, dorme meia-noite, acorda às nove da manhã e tem pesadelos recorrentes.

I.2.5-Atividade física: não pratica.

I.2.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.6.1-Último episódio de ASIS: único episódio de ASIS, um mês antes da entrevista.

I.2.6.2-Fator precipitante: tristeza porque a amiga disse que ia se matar.

I.2.6.3-local(is) onde pratica ASIS: na sala de aula, no horário dor recreio.

I.2.6.4-Métodos: na escola, na presença de um único amigo.

I.2.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: tristeza.

I.2.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina do apontador de lápis.

I.2.6.7-Características: corte superficial, no braço

I.2.6.8-Funções da ASIS:não relatado.

I.2.6.9-Primeiro episódio de ASIS: na escola, apenas um episódio.

I.2.6.10-Estigma: não relatado.

I.2.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: nenhum.

I.2.6.12-Frequência: um único episódio.

I.2.6.13-Horário dos episódios de ASIS: uma única vez, na escola.

I.2.6.14-Tempo de alívio: não relatou.

I.2.6.15-Sentimento após o episódio: não relatou

I.2.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não.

I.2.6.17-Informação inicial sobre ASIS: na internet, através de um site “South American Memme” e no You Tube.

I.2.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: internet.

I.2.7-Comportamento suicida:

I.2.7.1-ASIS com ideação suicida: não

I.2.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS:

I.2.7.3-Tentativa de suicídio: não.

I.2.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero (0).

I.2.7.5-Fator de proteção: professora Edileuza, alertou sobre os riscos da lâmina ser contaminada, amigos da escola.

I.2.7.6-Fator de risco: ausência e distanciamento dos pais, morte da avó.

I.1.9 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Celina

Naturalidade: teresinense

Idade: 12 anos

Cor: parda

Credo: católica

Ano escolar: 6º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem -3.

Sistema familiar (com quem mora atualmente): avó e bisavó.

I.2.8 – Categorias de análise

I.2.8.1-Aspectos infância

I.2.8.2-Percepção inicial do entrevistado: não muito boa.

I.2.8.2-Aspectos/lembranças positivos: quando a família estava reunida, recebia mais atenção dos familiares, brincadeira de criança.

I.2.8.3-Aspectos negativos: distanciamento da mãe, morte do pai, morte da tia avó, bullying

na vizinhança e na escola, sentimento de culpa.

I.2.8.2.-Aspectos adolescência

I.2.8.1-Percepção inicial do entrevistado: normal.

I.2.8.2-Aspectos/lembranças positivos: namorar.

I.2.8.3-Aspectos negativos: discussões com a avó, distanciamento da mãe e do irmão (mora com a mãe), término do namoro, tristeza pela lembrança do pai assassinado (envolvimento com droga), conflito entre a avó e a mãe.

I.2.8.3-Relações escolares: bullying. Apoio da professora de Português, e de alguns amigos.

I.2.8.4-Padrão do sono: bom, quando medicada, dorme cerca de doze horas, instável quando não se medica.

I.2.8.5-Atividade física: não.

I.2.8.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.8.6.1-Último episódio de ASIS: um dia antes da entrevista.

I.2.8.6.2-Fator precipitante: lembrança e tristeza pelo término do namoro.

I.2.8.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: em casa, no quarto.

I.2.8.6.4-Métodos: com lâmina de barbear.

I.2.8.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: vem aquele fogo por dentro da cabeça dizendo que é para se cortar.

I.2.8.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina de barbear.

I.2.8.6.7-Características: alternância de cortes superficiais e profundos, alguma vezes sensação de dor e ardência. Algumas vezes seguido da ingestão de comprimidos.

I.2.8.6.8-Funções da ASIS: diminuir a vontade de se cortar.

I.2.8.6.9-Primeiro episódio de ASIS: na sala de aula, influenciada pela amiga.

I.2.8.6.10-Estigma: não relatado.

I.2.8.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: nenhum

I.2.8.6.12-Frequência: toda semana.

I.2.8.6.13-Horário dos episódios de ASIS: à noite no quarto.

I.2.8.6.14-Tempo de alívio: dois a três dias.

I.2.8.6.15-Sentimento após o episódio: arrependimento.

I.2.8.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: sim, psiquiátrico.

I.2.8.6.17-Informação inicial sobre ASIS: influência de uma amiga da escola.

I.2.8.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: influência de amigas no ambiente escolar.

I.2.8.7-Comportamento suicida:

I.2.8.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.

I.2.8.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: cem por cento (100%).

I.2.8.7.3-Tentativa de suicídio: ideação (enforcamento).

I.2.8.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: cem por cento (100%).

I.2.8.7.5- Fator de proteção: professora de português.

I.2.8.7.6- Fator de risco: término do namoro, bullying, distanciamento da mãe e do irmão, ambiente familiar caótico, influência de amigos na escola.

I.1.10 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Stach

Naturalidade: teresinense

Idade: 13 anos

Cor: pardo

Credo: católico

Ano escolar: 7º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem - 3

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mãe.

I.2.9 – Categorias de análise

I.2.9.1-Aspectos infância

I.2.9.1.2-Percepção inicial do entrevistado: ruim

I.2.9.1.2-Aspectos/lembranças positivos: não tem.

I.2.9.1.3-Aspectos negativos: sofre violência física por parte da mãe alcoolista. Ausência do pai. Morte da avó.

I.2.9.2.-Aspectos adolescência

I.2.9.2.1-Percepção inicial do entrevistado: normal.

I.2.9.2.2-Aspectos/lembranças positivos: não relatado.

I.2.9.2.3-Aspectos negativos: sofre violência física por parte da mãe alcoolista. Não se relaciona com o irmão mais velho desde criança. Ausência paterna.

I.2.9.3-Relações escolares: comportamento inadequado em sala de aula, desrespeito a colegas e professores, episódio de agressão física grave a um colega.

I.2.9.4-Padrão do sono: bom, dorme à uma hora da manhã e acorda às dez, sem interrupção.

- I.2.9.5-Atividade física: praticava capoeira, abandonou.
- I.2.9.6-Comportamento auto-lesivo
- I.2.9.6.1-Último episódio de ASIS: um mês e meio antes da entrevista.
- I.2.9.6.2-Fator precipitante: raiva da mãe.
- I.2.9.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: em casa, no banheiro.
- I.2.9.6.4-Métodos: corte nos braços.
- I.2.9.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: raiva.
- I.2.9.6.6-Objeto utilizado para o corte: estilete e lâmina.
- I.2.9.6.7-Características: um episódio com corte profundo e uma segunda situação, com cortes superficiais, em sala de aula. Sem dor, apenas ardência e sem ritual.
- I.2.9.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.
- I.2.9.6.9-Primeiro episódio de ASIS: em casa, após uma briga com a mãe, ao ver uma lâmina, impulsivamente se cortou.
- I.2.9.6.10-Estigma: no episódio na escola, relata que tentou esconder.
- I.2.9.6.11-Efeito de contágio do entrevistado sobre o grupo: nenhum.
- I.2.9.6.12-Frequência: apenas dois episódios.
- I.2.9.6.13-Horário dos episódios de ASIS: um episódio em horário escolar, e outro à noite, em casa.
- I.2.9.6.14-Tempo de alívio: poucos minutos.
- I.2.9.6.15-Sentimento após o episódio: momentaneamente sentiu alívio, porém a raiva não voltou.
- I.2.9.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: não relatado.
- I.2.9.6.17-Informação inicial sobre ASIS: iniciativa própria e só percebeu que outros praticavam também na escola, dias depois.
- I.2.9.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: nenhum.
- I.2.9.7.-Comportamento suicida
- I.2.9.7.1-ASIS com ideação suicida: relata ideação suicida, em outro momento que não coincide com a prática de ASIS.
- I.2.9.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: zero por cento (100%).
- I.2.9.7.3-Tentativa de suicídio: não.
- I.2.9.7.4-Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero (0).
- I.2.9.7.5-Fator de proteção: não se encontra fator de proteção do entrevistado.
- I.2.9.7.6-Fator de risco: ausência completa do pai, mãe alcoolista e com comportamento

violento, distanciamento do irmão.

I.1.11 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Júlia

Naturalidade: Pedro Segundense (mora em Teresina há quatro anos)

Idade: 15 anos

Cor: negra

Credo: sem religião

Ano escolar: 9º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): mais para melhor - 4

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mora com quatro irmãos, dos quais três deficientes (surdos-mudo e um deles não anda) e a mãe.

I.2.10 – Categorias de análise

I.2.10.1-Aspectos infância

I.2.10.1.2-Percepção inicial do entrevistado: boa.

I.2.10.1.3-Aspectos/lembranças positivos: brincadeiras com o irmão.

I.2.10.1.4-Aspectos negativos: violência familiar presenciada pela entrevistada. Agressão frequente por parte do pai alcoolista.

I.2.10.2-Aspectos adolescência

I.2.10.2.1-Percepção inicial do entrevistado: ruim, já queria ser adulta para ajudar a mãe.

I.2.10.2.2-Aspectos/lembranças positivos: ajudar a mãe, boa relação com os irmãos.

I.2.10.2.3-Aspectos negativos: responsabilidade de ter que cuidar de irmãos deficientes.

I.2.10.3-Relações escolares: não relatado.

I.2.10.4-Padrão do sono: ruim.

I.2.10.5-Atividade física: não.

I.2.10.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.10.6.1-Último episódio de ASIS: quatro meses antes da entrevista.

I.2.10.6.2-Fator precipitante: angústia e desesperança.

I.2.10.6.3-Local(is) onde ocorre a ASIS: no quarto que divide com toda a família.

I.2.10.6.4- Métodos: corte pouco profundo (relata que queria morrer com os cortes).

I.2.10.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: angústia, desesperança, falta de vontade de viver.

Morte do pai, relata escutar vozes do pai, pedindo para encontrá-la, sintomas de alucinação, ou não.

- I.2.10.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina e vidro.
- I.2.10.6.7-Características: cortes na mão, sem dor.
- I.2.10.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.
- I.2.10.6.9-Primeiro episódio de ASIS: três anos atrás, após a morte do pai.
- I.2.10.6.10-Estigma: tentou esconder da mãe.
- I.2.10.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: não relatado.
- I.2.10.6.12-Frequência: diária.
- I.2.10.6.13-Horário dos episódios de ASIS: à noite.
- I.2.10.6.14-Tempo de alívio: alguns minutos.
- I.2.10.6.15-Sentimento após o episódio: culpa e arrependimento.
- I.2.10.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: sim, ambos.
- I.2.10.6.17-Informação inicial sobre ASIS: não relatado.
- I.2.10.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: não relatado.
- I.2.10.7-Comportamento suicida:
- I.2.10.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.
- I.2.10.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: quarenta por cento (40%).
- I.2.10.7.3-Tentativa de suicídio: não.
- I.2.10.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: não.
- I.2.10.7.5- Fator de proteção: família, mãe e irmãos. A entrevistada não que morrer para ajudá-los.
- I.2.10.7.6- Fator de risco: ambiente familiar caótico, pai agressivo e alcoolista, perda do pai.
- I.2.10.7.3-Tentativa de suicídio: zero (0)

I.1.11 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Rafa

Naturalidade: teresinense

Idade: 16 anos

Cor: negro

Credo: evangélico

Ano escolar: 8º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): mais para melhor que para pior - 4

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mãe e padrasto, pai faleceu quando o entrevistado tinha oito anos.

I.2.11– **Categorias de análise**

I.2.11.1-Aspectos infância

I.2.11.1.2-Percepção inicial do entrevistado: não lembra

I.2.11.1.2-Aspectos/lembranças positivos: brincadeiras na calçada de casa.

I.2.11.1.3-Aspectos negativos: queda de um prédio de dois andares, aos quatro anos. Morte do pai, perda do avô paterno.

I.2.11.2.-Aspectos adolescência

I.2.11.2.1-Percepção inicial do entrevistado: ruim(melhor quando era criança)

I.2.11.2.2-Aspectos/lembranças positivos: não relatado

I.2.11.2.3-Aspectos negativos: sofrimento com as lembranças do pai. Relação ruim com o padrasto, morte do primo (assassinado, quinze dias antes da entrevista)

I.2.11.3-Relações escolares: dificuldade escolar em razão de problema auditivo, eventualmente tem comportamento violento na escola.

I.2.11.4-Padrão do sono: dorme bem.

I.2.11.5-Atividade física: não relatado.

I.2.11.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.11.6.1-Último episódio de ASIS: alguns meses antes da entrevista, não soube precisar. Foi apenas um episódio.

I.2.11.6.2-Fator precipitante: raiva de alguns colegas e do padrasto.

I.2.11.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: na escola.

I.2.11.6.4-Métodos: corte superficial no braço.

I.2.11.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: raiva.

I.2.11.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina

I.2.11.6.7-Características: se cortou escondendo os braços embaixo da carteira na sala de aula.

I.2.11.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional.

I.2.11.6.9-Primeiro episódio de ASIS: apenas um episódio de ASIS.

I.2.11.6.10-Estigma: não relatado.

I.2.11.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: nenhum.

I.2.11.6.12-Frequência: apenas um único episódio.

I.2.11.6.13-Horário dos episódios de ASIS: horário escolar.

I.2.11.6.14-Tempo de alívio: não precisou tempo, mas relatou a sensação de alívio da raiva.

I.2.11.6.15-Sentimento após o episódio: alívio da raiva.

I.2.11.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: sim, acompanhamento no CAPS.

I.2.11.6.17-Informação inicial sobre ASIS: foi iniciativa própria, mas tinha conhecimento de colegas que praticavam ASIS na escola.

I.2.11.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: relatou que não foi influenciado.

I.2.11.7-Comportamento suicida: não.

I.2.11.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: não

I.2.11.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: zero por cento (0%).

I.2.11.7.3-Tentativa de suicídio: não.

I.2.11.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero (0).

I.2.11.7.5- Fator de proteção: boa relação com a mãe. Amigo da igreja.

I.2.11.7.6- Fator de risco: relação ruim com o padrasto, morte do pai.

I.2.11.7.3-Tentativa de suicídio: não.

I.2.11.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: zero (0).

I.2.11.7.5- Fator de proteção: boa relação com a mãe, amigo da igreja.

I.2.11.7.6- Fator de risco: morte do pai, relação ruim com o padrasto.

I.1.13 – Perfil introdutório

Entrevistado(a): Hugo Cabret

Naturalidade: Brasiliense (há treze anos mora em Teresina)

Idade: 14 anos

Cor: branco

Credo: sem religião

Ano escolar: 9º ano ensino fundamental

Estado emocional psicológico (escala Likert): bem - 3

Sistema familiar (com quem mora atualmente): mãe, padrasto, uma irmã e um irmão.

I.2.13 – Categorias de análise

I.2.13.1-Aspectos infância

I.2.1.2-Percepção inicial do entrevistado: horrível

I.2.1.2-Aspectos/lembranças positivos: nenhum.

I.2.1.3-Aspectos negativos: sofreu bullying na escola, porque era gordo. Criado pela empregada. Ausência do pai. Pouco tempo com a mãe. Violência por parte da mãe e do irmão mais velho. Briga entre os pais por causa de pensão alimentícia. Separação dos pais.

I.2.2.-Aspectos adolescência

I.2.2.1-Percepção inicial do entrevistado: boa.

I.2.2.2-Aspectos/lembranças positivos: perdeu peso após a prática de esportes e de luta. Mudou o corpo. Passou a valorizar a espiritualidade independente de crença religiosa. Autonomia e liberdade. Boa relação com a irmã mais nova.

I.2.2.3-Aspectos negativos: dificuldade de aceitação do próprio corpo, conflito com a autoimagem. Muita liberdade, sente falta de não ser cuidado. Mãe depressiva. Desempenho acadêmico ruim. Distanciamento do pai.

I.2.3-Relações escolares: incômodo pelo desempenho acadêmico ruim.

I.2.4-Padrão do sono: qualidade de sono ruim, na maior parte dos dias não acorda descansado.

I.2.5-Atividade física: academia e luta judô

I.2.6-Comportamento auto-lesivo

I.2.6.1-Último episódio de ASIS: três meses antes da entrevista.

I.2.6.2-Fator precipitante: insatisfeito com o corpo, com a vida, com desempenho acadêmico, em razão de uma reprovação ao se comparar com os familiares bem sucedidos.

I.2.6.3-Local(is) onde pratica ASIS: no banheiro de casa.

I.2.6.4-Métodos: lâmina.

I.2.6.5-Sentimento que precipita a ASIS: insatisfeito com a vida, com o corpo, desesperança.

I.2.6.6-Objeto utilizado para o corte: lâmina.

I.2.6.7-Características: no banheiro de casa, com a luz apagada, chorando bastante e uma música alegre para abafar o choro. Sem dor física.

I.2.6.8-Funções da ASIS: alívio da dor emocional, auto punição.

I.2.6.9-Primeiro episódio de ASIS: aos treze anos, iniciou nos braços.

I.2.6.10-Estigma: cortes profundos nas pernas para que não fosse visto.

I.2.6.11-Efeito de contágio da entrevistada entre sobre o grupo: nenhum.

I.2.6.12-Frequência: duas vezes por mês.

I.2.6.13-Horário dos episódios de ASIS: à noite, em casa.

I.2.6.14-Tempo de alívio: algumas horas.

I.2.6.15-Sentimento após o episódio: alívio da dor emocional.

I.2.6.16-Tratamento psiquiátrico e/ou psicológico: sim.

I.2.6.17-Informação inicial sobre ASIS: motivação pessoal.

I.2.6.18-Efeito de contágio do ambiente sobre a entrevistada: nenhum.

I.2.7-Comportamento suicida:

I.2.7.1-ASIS com ideação suicida simultânea: sim.

I.2.7.2-Percentual de vezes em que o comportamento suicida era simultâneo a ASIS: trinta por cento (30%).

I.2.7.3-Tentativa de suicídio: duas tentativas, a primeira sem dor (tomar remédio e depois envenenamento por gás) e a segunda atravessou rua para ser propositalmente atropelado.*Episódio quando criança, aos quatro anos por brincadeira colocou uma corda no pescoço e se jogou, mas foi salvo pela mãe (considera como uma tentativa “inocente”).

I.2.7.4- Escala de zero a dez a intenção de fazer uma tentativa de suicídio: seis (6).

I.2.7.5- Fator de proteção: irmã mais nova. Atividade física.

I.2.7.6- Fator de risco: insatisfação com o corpo, desesperança, falta de sentido para viver, distanciamento dos pais. Perfeccionismo.

Apêndice B – Roteiro do questionário

FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

Ambiente da entrevista: local em que entrevistador/entrevistado estejam à vontade e sentindo-se protegidos.

1) DADOS DEMOGRÁFICOS

Olá, meu nome é Carlos Henrique de Aragão Neto e sou Psicólogo. Faço parte da equipe de apoio do Centro Débora Mesquita que está ajudando a escola a compreender e buscar soluções para problemas que ocorrem com alguns alunos. Estou aqui para conversar com você sobre suas experiências e dificuldades. O objetivo principal desta entrevista é avaliar **aspectos relativos à saúde mental na adolescência**. Com isso, nós esperamos oferecer ao participante a possibilidade de falar sobre questões associadas aos comportamentos autodestrutivos. Então, a ideia é ,fazer algumas perguntas sobre isso .

Este encontro poderá ter a duração de 1 hora a 1 hora e 30 minutos.

Falar do sigilo.... pais e escola

NÃO ESCREVA SEU NOME NESTA FOLHA

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ASSINALE COM UM “X” A SUA RESPOSTA NOS QUADRADOS ABAIXO E PREENCHA OS DEMAIS ESPAÇOS COM SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS.

1

ASSINALE COM UM “X” A SUA RESPOSTA NOS QUADRADOS ABAIXO E PREENCHA OS DEMAIS ESPAÇOS COM SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS.

1. Você se considera de qual cor/raça?

- 1 Preto
 2 Pardo
 3 Indígena
 4 Amarelo
 5 Branco
 6 Outro

2. Você tem religião?

- 1 Não
 2 Sim -> Se sim, qual: _____

3. Dê uma nota de 1 a 6 para importância que a religião tem na sua vida:

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nada | | | | | Muito |
| important | | | | | important |
| e | | | | | e |

4. Em que cidade você nasceu?

Cidade: _____ Estado: _____

5. Há quanto tempo você mora em Teresina?

_____ anos e _____ meses.

6. ESCOLARIDADE: ano que você está cursando?

7. Indique a opção que melhor descreve como você tem se sentido nos últimos sete dias (ÚLTIMA SEMANA):

- 1 Excelente
 2 Muito bem
 3 Bem
 4 Mais para melhor que para pior
 5 Mais para pior do que para melhor
 6 Mal

7 Muito mal

8 Péssimo

Vou fazer algumas perguntas sobre sua vida pessoal. É possível que você possa se sentir um pouco desconfortável. No entanto poderá dizer se há qualquer dúvida ou alguma questão que não deseja responder.

CLARIFICAR RESPOSTAS VAGAS, EVASIVAS OU INSUFICIENTES A QUALQUER MOMENTO.

1. Como foi a sua infância?

1.1 O que você lembra de coisas boas da sua infância?

1.2 O que você lembra de coisas ruins da sua infância?

1.3 Tem algo da sua infância que lhe traz sofrimento hoje? CLARIFICAR SE NECESSÁRIO: alguma lembrança que lhe faça ter um sentimento ruim, como tristeza, angústia, culpa, raiva, vergonha, desesperança, abandono, tristeza) ?

2. E agora, como é para você ser adolescente?

2.1 O que você acha bom em ser adolescente?

2.2 O que você acha ruim em ser adolescente?

2.3 Que situações da sua vida que lhe trazem sofrimento hoje? CLARIFICAR SE NECESSÁRIO: alguma situação que lhe faça ter um sentimento ruim, como tristeza, angústia, culpa, raiva, vergonha, desesperança, abandono, tristeza) ?

2.4 Os seus pais biológicos estão juntos, separados ou falecidos?

1 Juntos

2 Separados

3 Pai falecido

4 Mãe falecida

4. Quem são as pessoas que moram com você? Mais alguém? Mesmo de fora da família?

Cidade: _____ Estado: _____

5. SE NÃO MORA COM OS PAIS: como é para você morar longe dos seus pais/irmãos?

6. Como é sua relação com seu pai?

6.2 Quais dificuldades você tem na relação com o seu pai?

7. Como é sua relação com sua mãe?

7.1 O que é difícil na relação com a sua mãe?

8. Como é a sua relação com seus irmãos?

8.1 O que é difícil na relação com cada um dos seus irmãos?

9. O que você gostaria que seus pais soubessem e você não tem coragem de dizer?

10. Você já perdeu alguém importante? Se sim, me conte quem foi e como lidou com isso.

11. Você tem relacionamento amoroso atualmente? Se tem, Como sente nessa relação?

12. Você tem vida sexual ativa, você pode falar sobre isso (aspectos positivos e negativos)?

12.1 Qual a sua orientação sexual? Como você se sente em relação a isso?

12.2 Você tem filho (s)?

13 Como é o seu padrão de sono?

13.1 Quantidade de horas de sono?

13.2 Qualidade do sono?. (colocar variáveis)

14 Que tipo de atividade física você pratica? Por que sim ou por que não?

14.1 Qual a Frequência com que pratica essa (s) atividades físicas?

Frase introdutória: Como eu disse no início, eu soube que vc tem comportamentos que te causam ferimentos

15. ASIS: você relatou que se feria (citar o método (s) relatado (s) anteriormente pela pessoa).

15.1 Quando foi a última vez que você se feriu?

15.2 Como você fez. (detalhamento)

15.3 Quando vc iniciou esse comportamento? Me conta mais desse início.

15.4 Atualmente, você continua se ferindo? Me fale disso. (avaliar novamente, nesse momento caso a resposta seja **sim**, a frequência, método, função e se existe ideação suicida concomitante).

15.5 Utilizou-se de algum método para se ferir diferente do que relatou anteriormente? Se sim, qual, você pode falar mais sobre essa experiência?

15.7 Você faz algum ritual (local/músicas/ambientação/postura corporal) para se ferir? Se sim, pode me descrever?

15.8 Você consegue o(s) seu(s) objetivo(s) após os episódios de automutilação? Quanto tempo durava o “bem-estar” após os episódios? Após esse episódio como você se sente?

15.9 Se a resposta for **não**, me diga há quanto tempo não se fere mais e o que conseguiu fazer para parar de se ferir. Como se sente desde que parou de se machucar?

16. Me diga três coisas que você gostaria de mudar na sua vida?

COMPORTAMENTO SUICIDA: Avaliação da ideação e intenção suicida atual

17 Quais seus sentimentos em relação a morte atualmente?

17.1 Tem pensado em sua própria morte?

17.2 Tem pensado em tirar sua vida?

17.3 Tem feito planos para isso? Pode falar mais sobre isso? (maneiras de tirar a própria vida, acesso aos meios)

Debriefing

Foi bom conhecer você, obrigado pelo tempo que dedicou à nossa conversa. Percebo que você é uma pessoaEstamos chegando perto do fim e como disse no início, a escola me chamou para conversar com a Celina e preciso dar orientações aos seus pais...

Vou refletir sobre a nossa conversa e conversar com a escola e com seus responsáveis

Você Gostaria de fazer alguma pergunta sobre qualquer coisa?

Você Gostaria fazer algum comentário sobre qualquer coisa?

Conversamos sobre muitas coisas. Como vc está se sentindo agora com essa nossa conversa?

Tem alguma coisa que eu possa fazer para te ajudar?

São experiências importantes na vida de uma pessoa...quero te agradecer por ter dividido comigo essa experiências, que são marcantes na sua vida, muito íntimas e precisamos de coragem para falar delas. Muito obrigado.

SE HOUVER NECESSIDADE MAIS UMA ENTREVISTA SERÁ
AGENDADA.

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE para pais/responsáveis)

Sr. (a) Pai/Mãe/Responsável,

O adolescente sob sua responsabilidade é convidado a participar da pesquisa *Saúde Mental, Fatores de Risco e Proteção ao Suicídio de Adolescentes e Adultos Jovens*. A pesquisa é de responsabilidade de Carlos Henrique Aragão Neto e Marcelo Tavares, pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (PsiCC/UnB).

A pesquisa tem o objetivo de identificar os principais fatores de risco e proteção relacionados à saúde mental dos adolescentes, avaliando a interação de temas como autolesão intencional, experiências de trauma e abusos, vinculação a pais e pares e manifestação de depressão com o risco de suicídio. A avaliação de tais fatores é necessária para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde mental baseados em evidência, e também para a avaliação do impacto dessas ações.

A participação nesta pesquisa envolve uma entrevista individual em data combinada e será aplicada na escola. O tempo estimado da entrevista é de 1 hora e 30 minutos, podendo ser gravado o áudio da mesma, se o entrevistado concordar.

O adolescente receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e sua participação é voluntária, ou seja, ele não receberá qualquer remuneração por isto. Ele poderá recusar responder qualquer questão que lhe traga constrangimento ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, e isto não vai lhe acarretar prejuízo ou perda de benefícios.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília (UnB) e na escola, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas. Asseguramos que o nome do participante não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no

mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. Como a pesquisa preservará o anonimato, as respostas individuais dos adolescentes não poderão ser divulgadas. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Se você ou o adolescente sob sua responsabilidade tiverem qualquer dúvida em relação à nossa pesquisa, podem entrar em contato com Carlos Henrique Aragão Neto (86 9 9914-3839) ou Marcelo Tavares (61 9 8118-1819). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas pelo telefone: (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br.

Diante do exposto, eu _____ responsável pelo(a) adolescente _____ declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo com a sua participação na pesquisa. Atesto que recebi uma cópia desse Termo, o que me permitirá entrar em contato com os pesquisadores em outro momento, caso eu sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito dessa pesquisa.

Teresina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do _____ responsável
RG (documento identidade): _____

Carlos Henrique Aragão Neto (Assinatura do pesquisador)

Apêndice D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE para os alunos participantes)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa *Saúde Mental, Fatores de Risco e Proteção ao Suicídio de Adolescentes e Adultos Jovens*. Seus responsáveis permitiram que você participasse. A pesquisa tem o objetivo de identificar os principais fatores de risco e proteção relacionados à saúde mental dos adolescentes, avaliando a interação de temas como autolesão intencional, experiências de trauma e abusos, vinculação a pais e pares e manifestação de depressão com o risco de suicídio.

Os adolescentes que irão participar dessa pesquisa têm idade entre 12 e 18 anos incompletos. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir, a qualquer momento. A sua recusa não irá lhe acarretar qualquer penalidade, prejuízo ou perda de benefícios. Caso você concorde em participar da pesquisa, as coisas boas que podem acontecer são: compartilhar experiências difíceis, facilitar o vislumbre de alternativas e a obtenção de ajuda. Além disto, você vai contribuir para os avanços das pesquisas sobre saúde mental dos adolescentes.

A pesquisa será feita na escola, onde os adolescentes participarão de uma entrevista individual para conversar sobre suas experiências. Essa entrevista pode ter a duração de 1 hora e 30 minutos, podendo ter o áudio gravado, se o entrevistado concordar.

Responder à entrevista não lhe oferece nenhum risco, mas reconhecemos a possibilidade da vivência de algum desconforto emocional. Caso isso aconteça, você pode entrar em contato com Carlos Henrique Aragão Neto (86 9 9914-3839) ou Marcelo Tavares (61 9 8118-1819), pesquisadores responsáveis pela pesquisa. O adolescente que solicitar ajuda, terá o benefício de obter escuta qualificada do pesquisador/psicólogo para orientá-lo quanto à busca de ajuda profissional.

Seus pais ou responsáveis e a escola receberão orientações para poder ajudá-lo, na medida do necessário. Ninguém mais saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a outros as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Pós-graduação da Universidade de Brasília (UnB) e na escola, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas e lhe asseguramos

que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à nossa pesquisa, pode entrar em contato Carlos Henrique Aragão Neto (86 9 9914-3839) ou Marcelo Tavares (61 9 8118-1819). As dúvidas com relação à assinatura deste documento ou aos seus direitos como sujeito de pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1918 ou do email cepfm@unb.br.

Eu _____ aceito participar da pesquisa *Saúde Mental, Fatores de Risco e Proteção ao Suicídio de Adolescentes e Adultos Jovens*, que tem o objetivo de identificar os principais fatores de risco e proteção relacionados à saúde mental dos adolescentes, avaliando a interação de temas como autolesão intencional, experiências de trauma e abusos, vinculação a pais e pares e manifestação de depressão com o risco de suicídio. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Teresina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do adolescente

Carlos Henrique Aragão Neto (Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

Anexo A – Abordagem do paciente com ASIS

Ideação (suicídio)

Conteúdo

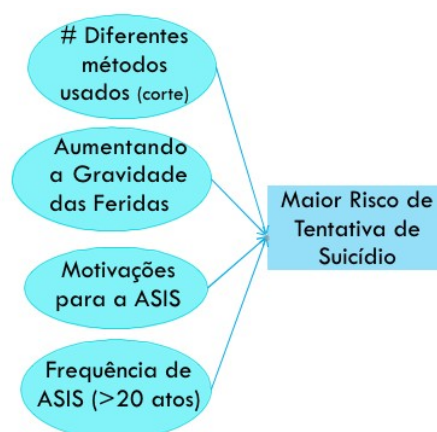
- Pensamentos/Desejo pelo Suicídio durante a ASIS
- Pensamentos/Desejo fora da ASIS
- Se necessário, Avaliação de Risco para Suicídio

Por quê

- A ASIS é um forte fator de risco para suicídio
**muitos c/ ASIS não se tornam suicidas*

Como perguntar:

- *Algumas pessoas podem pensar em suicídio quando se auto-magoam. Você já pensou em acabar com sua vida quando se feriu?*
- *Houve um tempo em que você desejou que sua automutilação matasse você?*
- *Quando você não está se machucando, com que frequência você pensa em suicídio (se matar)?*
 - *Quão intensos são esses pensamentos? Quão frequentes são esses pensamentos ou desejos de morrer?*



Anexo B – Avaliação de risco

AValiação de Risco

	Baixo	Moderado	Alto
Início	Últimos 6 meses	6-12 meses	1 ano ou mais
Frequência	1-4 episódios	5-19 episódios	20+ episódios
Cuidados pós Gravidade da Ferida Divulgação	Sempre cuida do machucado Ferida pequenas / curativos mínimos Adultos sabem e apoiam	Maior parte das vezes cuida do machucado Superficial mas requer curativo / maior cuidado para sarar Colegas/Amigos sabem e Adultos sabem mas dedicam pouco apoio	Raramente cuida/Interfere na cura Requer atenção médica Ninguém sabe/ Sem suporte
Motivos	1-2 Funções Identificadas Reg. Emoc. / Pedido de Ajuda	3-4 Funções Identificadas Autopunição / atenção de outros	5+ funções identificadas Evitar suicídio / "não funciona"
Ideação Suicida	Pensamentos fugazes Não enquanto há ASIS	Menos frequente; mais intenso Ocasionalmente com ASIS	Frequente e/ou Intenso Sempre quando tem ASIS
Estágio de Mudança	Ação – pronto para parar e querendo muito parar	Contemplação/Preparação – incerteza sobre parar, algum desejo de parar	Pré-Contemplação – sem desejo de parar ou resistente a parar

Considerar: Concordância em relação à ajuda; outros problemas de saúde, avaliação de risco

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Mental, Fatores de Risco e de Proteção ao Suicídio de Adolescentes e Adultos Jovens.

Pesquisador: Marcelo Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55969616.0.0000.5558

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.635.846

Apresentação do Projeto:

Projeto proposto por equipe de pesquisadores do Instituto de Psicologia da UnB para ser executado no Adolescentro, unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal com abordagem quantitativa e qualitativa para identificar fatores de risco e de proteção contra o suicídio em 100 adolescentes de 12 a 18 anos de idade.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Identificar principais fatores de risco e proteção relacionados à saúde mental dos adolescentes, avaliando como as variáveis preditoras listadas a seguir se relacionam com os indicadores de risco de suicídio (variável critério). VARIÁVEIS PREDITORAS independentes): Indicadores Clínicos de Transtornos Mentais (manifestações de depressão e ansiedade; queixas somáticas, problemas de sociabilidade, problemas com pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo); Histórico de Experiências Traumáticas (abuso físico, abuso sexual, negligência); Vínculos de Apego (qualidade de vinculação entre pais e pares). VARIÁVEL CRITÉRIO (dependente): Risco de Suicídio (avaliação conjunta do histórico de comportamentos suicidas; ideações positivas e negativas em relação ao suicídio; resiliência ao suicídio).

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: fmd@unb.br

Continuação do Parecer: 1.635.846

Objetivo Secundário:

Estabelecer o valor preditivos das variáveis independentes com os indicadores de risco de suicídio (variável critério), com o objetivo de fornecer indicadores clínicos (fatores de risco e proteção) fundamentais (1) à avaliação e planejamento terapêutico no tratamento de adolescentes que apresentam risco de suicídio e (2) ao desenho de estratégias preventivas que privilegiem o desenvolvimento dos fatores de proteção com a população jovem."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O benefício individual está relacionado à possibilidade de detectar adolescentes em risco e dessa forma aprimorar o seu cuidado na unidade onde são atendidos. O benefício coletivo parecer ser de maior relevância pois a melhor descrição dos fatores de risco nos adolescentes brasileiros pode redundar no desenvolvimento de ferramentas úteis para a detecção precoce dos grupos em maior risco que precisam de intervenção oportuna. Os riscos são inerentes à aplicação dos instrumentos de coleta de dados que incluem gravação de voz, preenchimento de questionários e entrevistas, no entanto os pesquisadores foram cuidadosos em reconhecer os riscos e garantir a respectiva intervenção caso ocorra qualquer desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito bem estruturada, a ser conduzida por equipe técnica plenamente qualificada. O projeto apresenta justificativa clara e metodologia descrita em detalhe e poderá produzir novo conhecimento útil para qualificar melhor o cuidado oferecido a adolescentes em risco de cometer suicídio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão disponíveis na plataforma, com destaque para TCLE e TALE muito bem formulados e para a autorização da unidade onde pretende ser realizado o estudo na qual o responsável manifesta que autorizará a realização da pesquisa após a devida aprovação pelo CEP da FEPECS.

Recomendações:

Que o proponente verifique junto ao Adoloscetro se haverá necessidade de encaminhamento do projeto para aprovação pelo CEP da FEPECS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre com as disposições vigentes para a condução ética adequada de projetos de pesquisa em seres humanos.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: fmd@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 1.635.846

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apreciado na Reunião Extraordinária do CEP-FM-UnB. Após apresentação do parecer do Relator, aberta a discussão para os membros do Colegiado. O projeto foi Aprovado por unanimidade.

Recomenda-se ao pesquisador verificar a necessidade de aprovação do projeto pelo CEP-FEPECS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_677959.pdf	07/05/2016 09:33:34		Aceito
Outros	Termo_de_Autorizacao_Gravacao.pdf	07/05/2016 09:31:56	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	07/05/2016 09:16:21	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Responsabilidade.pdf	07/05/2016 09:15:51	Larissa Vasques Tavira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.pdf	07/05/2016 09:13:04	Larissa Vasques Tavira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	07/05/2016 09:12:13	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	07/05/2016 09:10:03	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Brochura_do_Investigador.pdf	07/04/2016 15:22:27	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_dos_Pesquisadores.pdf	07/04/2016 15:20:22	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Outros	Ficha_de_finalizacao.pdf	07/04/2016 15:19:36	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Outros	Ficha_Sociodemografica.pdf	07/04/2016 15:19:14	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/03/2016 10:36:12	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	22/03/2016 10:31:22	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Outros	Carta_do_Departamento_de_Psicologia_Clinica_UnB.pdf	22/03/2016 10:26:14	Larissa Vasques Tavira	Aceito
Declaração de	Termo_de_Aceite_e_Concordancia_In	22/03/2016	Larissa Vasques	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: fmd@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 1.635.846

Instituição e Infraestrutura	stitucional.pdf	10:24:40	Tavira	Aceito
------------------------------	-----------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Julho de 2016

Assinado por:
Florêncio Figueiredo Cavalcanti Neto
(Coordenador)

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