



PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Jéssica Rodrigues Gomes



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

JÉSSICA RODRIGUES GOMES

Mestranda

MARIANA LIMA CORRÊA

Coorientadora

SIMONE DOS SANTOS PALUDO

Orientadora

RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2020

JÉSSICA RODRIGUES GOMES

PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Dissertação de mestrado apresentada como requisito
Parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio
Grande.

Orientador: Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo

Coorientadora: Mariana Lima Corrêa

RIO GRANDE, RS, JANEIRO 2020

Ficha Catalográfica

G633p Gomes, Jéssica Rodrigues.
Prevalência de autolesão não suicida e fatores associados em adolescentes do ensino médio na cidade de Rio Grande/RS / Jéssica Rodrigues Gomes. – 2020.
121 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2020.
Orientadora: Dra Simone dos Santos Paludo.
Coorientadora: Dra. Mariana Lima Corrêa.

1. Autolesão 2. Saúde Mental 3. Saúde do Adolescente
4. Comportamento Autodestrutivo I. Paludo, Simone dos Santos
II. Corrêa, Mariana Lima III. Título.

CDU 613.86-053.6(816,5)

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

JÉSSICA RODRIGUES GOMES

PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Simone dos Santos Paludo - Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande

Prof. Dr. Tiago Neuenfeld Munhoz - Examinador externo
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Lucas Neiva- Silva - Examinador interno
Universidade Federal do Rio Grande

RIO GRANDE, JANEIRO DE 2020

LISTA DE SIGLAS

ANS	Autolesão não suicida
APA	American Psychiatric Association
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
DASS- 21	Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form
DSHI	Delibere Self – Harm Inventory
DSM - V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5
FASM	Functional Assessment of Self-Mutilation
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
EDAE-A	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
ERICA	Projeto Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
IFSul	Instituto Federal de Ensino do Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISSS	International Society for the Study of Self-Injury
ISAS	Inventory of Statements About Self-Injury
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDA	Personal Digital Assistants
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
SHI	Self Harm Inventory
SITIB	Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview
SIQ- TR	Self-Injury Questionnaire-Treatment Related
RO	Razão de Odds
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e fatores associados a autolesão não suicida (ANS) no último ano em adolescentes estudantes ensino médio em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal quantitativo com 517 adolescentes estudantes do ensino médio de uma escola federal. A ANS foi avaliada utilizando o critério A adotado pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5), o qual avalia se ocorreu o desfecho em 5 dias ou mais no último ano. Também foi utilizada a Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS -21) para avaliar sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e multivariável, com uso de Regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência geral de ANS foi de 8,7% no último ano. As variáveis independentes associadas ao desfecho foram: menor índice de bens, série inicial do ensino médio, ter risco de suicídio e sintomas depressivos. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de mais estudos na área para a identificação do panorama nacional. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental específicas para os adolescentes deve ser incentivado, uma vez que a ANS também está associada aos sintomas depressivos e risco de suicídio.

Palavras-chave: autolesão, saúde mental, saúde do adolescente, comportamento autodestrutivo

PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with suicide (ANS) in the last year in adolescents who study in the interior city of Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** Quantitative cross-sectional study with 517 adolescent high school students from a federal school. ANS was evaluated using criterion A adopted by the Statistical Manual and Diagnosis of Mental Disorders (DSM-5), or what was the evaluation that occurred in 5 days or more in the last year. The Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS -21) was also used to assess symptoms of depression, anxiety and stress. Descriptive, bivariate and multivariate analyzes were performed using Poisson Regression. **Results:** The overall prevalence of ANS was 8.7% in the last year. The independent variables associated with the outcome were: lower goods index, initial grade of high school, risk of suicide and depressive symptoms. **Conclusion:** It is evident the need for further studies in the area to identify the national panorama. The development of specific public mental health policies for adolescents should be encouraged, since ANS is also associated with depressive symptoms and risk of suicide. **Keyword:** self-harm, mental health, adolescent health, self-destructive behavior

CONTEÚDOS DO VOLUME

1. Projeto
2. Relatório de campo
3. Modificações em relação ao projeto inicial
4. Normas para submissão do artigo
5. Artigo
6. Nota à imprensa
7. Anexos

SUMÁRIO

1	PROJETO	11
1.1	INTRODUÇÃO	
1.2	Conceitualização clínica e definição da autolesão não suicida	11
1.3	Adolescência e saúde mental	17
1.4	Revisão sistemática da literatura	19
1.4.1	Processo de busca de artigos	20
1.4.2	Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes	26
1.4.3	Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes ao longo da vida	
1.4.4	Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes nos últimos dois anos	26
1.4.5	Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes no último ano	26
1.4.6	Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes nos últimos 6 meses	27
1.5	Fatores associados a autolesão não suicida em adolescentes	30
1.5.1	Autolesão não suicida e fatores sociodemográficos	30
1.5.2	Autolesão não suicida e variáveis comportamentais	30
1.5.3	Autolesão não suicida e variáveis psicológicas	31
1.5.4	Métodos de rastreamento de autolesão não suicida	35
2	JUSTIFICATIVA	36
3	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivo geral	38
3.2	Objetivos específicos	38
4	HIPÓTESES	38
5	METODOLOGIA	39
5.1	Local do estudo	39
5.2	População alvo, critérios de inclusão e de exclusão	39
5.3	Delineamento do estudo	40
5.4	Processo de amostragem e poder estatístico	40
5.5	Variáveis	40

5.5.1	Variável dependente	40
5.5.2	Variáveis independentes	40
5.6	Instrumentos	42
5.6.1	Questões gerais e comportamentais	42
5.6.2	Depressão e Estresse	42
5.6.3	Autolesão não suicida no último ano	43
5.6.4	Função e consequência da Autolesão não suicida	44
5.7	Estudo piloto e treinamento da equipe	45
5.8	Logística	46
5.9	Processamento e análise de dados	47
6	ASPÉCTOS ÉTICOS	48
6.1	Análise crítica de riscos e benefícios	48
6.2	Explicitação da responsabilidade do pesquisador e da instituição	49
6.3	Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	49
6.4	Infraestrutura dos locais de pesquisa	49
6.5	Monitoramento da segurança dos dados	49
6.6	Divulgação dos resultados	49
7	ORÇAMENTO	50
8	CRONOGRAMA	50
9	REFERÊNCIAS	51
10	ANEXOS	60
11	APÊNDICES	61
2	RELATÓRIO DE CAMPO	69
3	MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL	72
3.1	Metodologia	73
3.2	Variáveis Independentes	73
3.3	Processamento e análise de dados	74
3.4	Cronograma	75
4	NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO	76
5	ARTIGO	77
6	NOTA À IMPRENSA	87
7	ANEXOS	111
7.1	Anexos 1: Questões das variáveis independentes	113

1. PROJETO

1.1 INTRODUÇÃO

A autolesão não suicida (ANS) pode ser definida como qualquer agressão intencional direta no próprio corpo sem envolver o objetivo consciente de suicídio, causando prejuízos físicos e psicológicos ao indivíduo (Nock MK et al., 2006). As lesões provocadas tendem a causar um dano físico leve a moderado, e as mais comuns são cortar, queimar e arranhar a pele (American Psychological Association – APA, 2014). É geralmente associada a outros quadros em saúde mental, como sintomatologia depressiva (Martin et al, 2010, Liang S et al., e 2014; Plener PL et al., 2015) e risco de suicídio futuro (APA, 2014). Além disso, indivíduos que praticam a autolesão encontram-se em grande sofrimento psíquico (Castro K, Kirchner T, 2018) e expostos a diversos eventos estressores (Baetens I et al.,2011).

O engajamento em autolesões inicia-se na adolescência (APA, 2014), permanecendo mais frequente durante essa faixa etária (Muehlemkamp JJ et al., 2012; Somer O et al., 2015) e podendo durar por muitos anos (APA, 2014). Sabe-se que a adolescência é um período em que ocorrem importantes transformações cognitivas, físicas e psicossociais (Piletti N, Rossato SM, Rossato G, 2014), caracterizando-se como uma etapa de grande vulnerabilidade para comportamentos de risco (Alves CF, Dell’Aglio DD, 2015) e sintomas psiquiátricos (Schneider ACN, Ramires VRR, 2007). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), as condições de saúde mental representam cerca de 16 % da carga global de doenças em adolescentes.

No que tange à autolesão não suicida, um estudo de metanálise (Swannell SV et al., 2014) verificou uma prevalência de 17,2% nos adolescentes e de 5,5% nos adultos. Em amostras não clínicas, a prevalência de autolesão em adolescentes foi de 55% no último ano, de acordo com um estudo realizado na Espanha (Calvete E et al., 2015). Já em populações clínicas, esse número pode chegar a 80% (Horvath OL, Meszaros G, Balazs J.,2015). No Brasil, de acordo com um dos poucos estudos sobre a temática, constatou-se que cerca de 36% dos adolescentes já cometeram autolesão (Santos LCS, 2017). A sintomatologia depressiva tem sido apontada como uma condição significativa na prática de autolesão durante essa fase da vida (Marshall SK, Tilton-Weaver LC, Stattin H, 2013;

Gandhi A et al., 2015; Baiden P, Stewart SL, Fallon B, 2017). Quando associada aos sintomas depressivos, tem-se um aumento da gravidade de autolesão (Baiden P et al., 2017).

Por muito tempo, entendeu-se que a autolesão era somente um critério diagnóstico dentro de outro quadro psiquiátrico, como o transtorno de personalidade borderline (Zetterqvist M, 2015), ou relacionada estritamente como uma tentativa de suicídio (Guerreiro DF, Sampaio D, 2013). No decorrer do avanço científico e clínico, foi percebido que a autolesão possui características específicas as quais a fazem ser um transtorno independente (Zetterqvist M, 2015).

De modo geral, lidar com pessoas que se autolesionam é um desafio para os profissionais de saúde e para os professores escolares (Santos LCS, Faro A, 2018). Dada as consequências preocupantes para saúde física e psicológica que o comportamento acarreta ao indivíduo e às pessoas ao seu redor, assim como a sua alta ocorrência, é possível considerar a autolesão como um problema de saúde pública (Guerreiro DF, Sampaio D, 2013; Santos LCS, Faro A, 2018; Completo JMPS, 2014; Wang B et al., 2016). Denominada como uma “crise escolar silenciosa” (Galley M, 2003), os casos de autolesão, muitas vezes, não chegam aos relatórios dos serviços de saúde e, dessa forma, podem ser subnotificados (Rocha GMA, 2015). Estima-se que a maioria dos adolescentes que praticam autolesão não buscam atendimento clínico (APA, 2014; Baetens I et al., 2011) e que somente 16% recebem auxílio psicológico adequado (Baetens I et al., 2011).

Apesar de ser um tema emergente e mundialmente estudado, ainda há uma carência de pesquisas no Brasil (Arcoverde LR, Soares LSLC, 2015), o que é muito diferente em outros países (Muehlemkamp et al., 2012), resultando em um desconhecimento sobre a problemática no contexto brasileiro. Os raros estudos nacionais sobre a ANS possuem abordagem qualitativa (Caldas MT et al., 2010; Barbosa VC, 2017; Raupp CS et al., 2018), população clínica (Giusti JK, 2013; Garreto AKR, 2015) ou não são de base populacional (Santos LCS, 2017). Entre esses, somente um estudo teve adolescentes escolares como população alvo, encontrando uma prevalência de 35,9% em uma amostra de conveniência composta por 513 escolares na cidade de Sergipe (Santos LCS, 2017). Assim, não existem estudos epidemiológicos publicados no Brasil até o momento.

Diante do exposto, torna-se pertinente estudar a problemática no contexto brasileiro, sobretudo na fase da adolescência, contribuindo para o avanço científico sobre o tema e no desenvolvimento de políticas de saúde mental direcionadas a essa faixa etária. Assim, a presente pesquisa objetiva estimar a prevalência de autolesão em adolescentes escolares na cidade do Rio Grande/RS, assim como seus fatores associados.

1.2 Conceitualização clínica e definições da autolesão não suicida

A partir da sua quinta e mais recente edição, em 2014, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM -5), desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (APA), enquadra a autolesão não suicida no capítulo referente a “Condições para Estudos Posteriores”, onde são apresentados um conjunto de critérios diagnósticos propostos para a consolidação de entidades nosológicas que merecem mais estudos. Tais critérios são definidos segundo evidências empíricas revisadas e se propõem para fins de pesquisas futuras que contribuam para discussão da possibilidade de inclusão de diagnósticos oficiais nas próximas edições do manual (APA, 2014).

A autolesão não suicida, segundo a definição do DSM V, é o comportamento repetido do indivíduo em realizar lesões superficiais em seu próprio corpo, de maneira intencional, com a expectativa de que a ação resultará somente em dano físico menor ou moderado, ou seja, não se tem objetivo de suicídio no ato (APA, 2014), sendo essa sua característica primordial. A ausência do propósito de morte pode ser mensurada a partir da declaração do indivíduo ou pode ser inferida pelo engajamento repetido da ação. A frequência das autoagressões, desse modo, sugere o conhecimento de que as mesmas realmente não provocarão a morte (APA,2014), e sim outro objetivo desejado. Nesse sentido, a frequência é estabelecida de acordo com o número de dias nos quais a pessoa cometeu a lesão no período dos últimos doze meses, necessitando ser igual ou maior do que cinco dias para caracterizar a autolesão não suicida (APA, 2014). É considerado que o ferimento provoque sangramento, dor ou contusão, como cortar, queimar, fincar, bater e esfregar excessivamente a pele (APA, 2014). Tais definições constituem o critério A no DSM V.

Como o objetivo não é o suicídio, entende-se que a autolesão possui outras funções específicas, o que vem sendo abordado por estudos internacionais (Calvete E et

al., 2015). Desse modo, o critério B do DSM V inclui o requisito de que a prática precisa possuir uma ou mais das seguintes expectativas: a obtenção de alívio de um sentimento negativo, a resolução de conflito interpessoal ou a indução de um sentimento positivo (APA, 2014). Observa-se que a resposta desejada é obtida logo após ou durante a autolesão, o que pode fazer que se crie um padrão de dependência e fomente a sua repetição.

O critério C estabelece que o período anterior à realização da autolesão seja relacionado a sentimentos negativos (como depressão, tensão ou ansiedade, por exemplo), preocupação sobre a dificuldade de resistir ao ato de ferir a si mesmo ou pensamento frequente na autolesão mesmo quando ela não é praticada. O critério D, por sua vez, ressalta a definição do que configuraria uma autolesão de fato, mencionando que diferem de atos socialmente aceitos, como piercings e tatuagens. Além disso, tende a causar sofrimento significativo na vida do indivíduo - critério E- e não é melhor explicada por outra condição médica ou mental, sendo este o critério F (APA, 2014).

Dada essas afirmações, a autolesão não suicida pode ser conhecida por outras nomenclaturas na literatura, sendo essencial diferenciá-las, visto que algumas são usadas como se fossem sinônimos erroneamente (Muehlenkamp JJ et al., 2012). O ato de ferir a si mesmo pode ser classificado de diversas formas, mas possuem diferenças importantes e as discrepâncias entre as terminologias, as quais trazem implicações relevantes nas comparações epidemiológicas e clínicas (Guerreiro DF, Sampaio D, 2013). De modo geral, a autolesão não suicida faz parte da gama de comportamentos autolesivos (Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY, 2014), que se distinguem entre dois grandes grupos mostrados em uma revisão conceitual realizada recentemente (Santos LCS, Faro A, 2018):

A) **Comportamento autolesivo:** conhecido em inglês como *deliberate self-harm (DSH)*, *self – injury (SI)* ou *self injury behavior (SIB)*, engloba qualquer tipo de autolesão, independente da intencionalidade de suicídio.

B) **Comportamento autolesivo suicida:** conhecido também como *comportamento suicidário*, abrange os conceitos de ideação (pensamentos ou desejo da própria morte), plano (considerar uma forma de provocar a própria morte), tentativa de suicídio (engajar-se em lesões altamente danosas a fim de causar a própria morte) e o suicídio consumado (Nock MK, 2010).

C) Comportamento autolesivo não suicida: também conhecido por *conduta autolesiva não suicida e autolesão não suicida (ANS)* em português e *non suicidal self injury (NSSI)* em inglês. Indica a destruição da superfície da pele, de maneira leve a moderada, sem intenção de morrer no ato (Nock MK et al., 2006; International Society for the Study of Self-Injury- ISSS, 2018). Aqui, destaca-se o termo utilizado para a presente pesquisa.

Durante as últimas décadas, muitos estudos têm discutido a conceitualização e definição diagnóstica da ANS (Muehlenkamp JJ, 2005; Andover MS, 2014; Zetterqvist M, 2015), havendo um avanço significativo nos últimos 10 a 15 anos sobre a sua classificação, prevalência, fatores associados, métodos e funções (Klonsky ED et al., 2014). Inicialmente, a ANS limitava-se a um sintoma ou a um critério dentro de outros transtornos psiquiátricos, como Transtorno de Personalidade Borderline ou comportamento suicida (Zetterqvist M, 2015). Entretanto, evidências científicas demonstram distinções importantes entre a ANS e outros transtornos psiquiátricos, confirmando que a mesma seria uma entidade nosológica a parte (Selby EA et al., 2012; Glenn CR, Klonsky ED, 2014). As pesquisas que abordam os episódios de ANS e tentativas/ideação de suicídio em adolescentes concordam com a distinção entre os dois fenômenos, uma vez que possuem fatores diferentes associados com cada desfecho (Liang et al., 2014; Calvete E et al., 2015; Barreto Carvalho C et al., 2017). Inclusive, em alguns casos, a ANS pode ser usada para lidar com a intensa angústia que está associada aos pensamentos suicidas (Klonsky ED, 2007; ISSS, 2018).

Em síntese, entende-se que os indivíduos realizam a autolesão com o objetivo de reduzir sentimentos negativos ou dificuldades interpessoais de grande intensidade (APA, 2014). A resposta desejada de alívio é experimentada imediatamente após a autolesão e, quando o comportamento é repetitivo, pode estar presente uma sensação de urgência e fissura para realizá-lo, o que é semelhante em casos de adição (APA, 2014). Percebe-se, então, uma característica aditiva no comportamento, indicando uma dependência psicológica e biológica (APA, 2014; Jorge JC et al., 2015; Raupp CS et al., 2018).

Geralmente, as lesões mais praticadas são: cortar, queimar, fincar e bater em si mesmo (APA, 2014). Percebe-se que são lesões que provocam um dano físico direto e imediato, o que exclui comportamentos que são indiretos, mesmo que possam ser autolesivos, como restrição alimentar. Comportamentos de risco, comportamentos culturalmente aceitos (como tatuagens e piercings) ou que fazem parte de ritual religioso também não são considerados ANS (ISSS, 2018).

Como métodos, são utilizadas facas, agulhas, lâminas ou, cigarros acessos. Ainda, existe o agravante de ser realizada com instrumento cortante compartilhado, acarretando o risco de transmissão de doenças (APA, 2014). Frequentemente, as injúrias são realizadas nas coxas e braços, representando locais acessíveis para o praticante (APA, 2014) e, ao mesmo tempo, possíveis de esconder ao mundo externo. Uma sessão de autolesão, pode envolver lesões consecutivas em um único momento, resultando, por exemplo, em uma série de cortes paralelos em conjunto (APA, 2014). Salienta-se que a pessoa que possui ANS, a realiza em mais de um método e tipo.

1.3 Adolescência e Saúde mental

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adolescência compreende a idade entre 10 a 19 anos de idade (OMS, 2018), faixa cronológica também reconhecida pelo Ministério de Saúde. A adolescência representa um período crítico no desenvolvimento humano no qual ocorrem importantes transformações físicas, cognitivas e psicossociais (Piletti N et al., 2014). O adolescente depara-se com novas demandas pessoais e interpessoais as quais precisa aprender a lidar (Piletti N et al., 2014), como modificações na vida escolar e preparação para a universidade (OMS, 2018). Uma vez que a sociedade possui valores em constante mutação, essas transformações vividas pelos jovens são interpretadas de acordo com o contexto histórico social em que estão inseridos (Cerqueira- Santos E, Melho Filho O, Koller SH, 2014). Nesse processo, o adolescente descobre e organiza seus papéis sociais e crenças que servirão de base para seu desenvolvimento psíquico durante sua vida (Cerqueira- Santos E, Melho Filho O, Koller SH, 2014).

No que tange ao desenvolvimento físico, ocorrem mudanças significativas no corpo que influenciam a aparência e a descoberta da sexualidade, assinaladas pela maturidade reprodutiva e alterações hormonais. Em nível cognitivo, é a fase na qual ocorre a construção da capacidade do pensamento mais abstrato, lógico e raciocínio formal (Papalia et al., 2013). Durante a adolescência, o cérebro ainda encontra-se em formação, principalmente áreas responsáveis pela solução de problemas, tomadas de decisão e regulação emocional (Steinberg L, 2007), o que caracteriza a imaturidade psíquica e as emoções exacerbadas que um adolescente pode ter frente as exigências do ambiente (Papalia DE et al., 2013).

Na perspectiva social e emocional, a busca por identidade, autonomia e aprendizagem torna-se central na adolescência (Piletti N et al., 2014), sendo marcada pela experimentação de novas experiências e limites (Alves CF, Dell’Aglío DD, 2015). É um

período em que se tem a aprendizagem de novos conceitos sociais e morais sobre si e sobre o mundo, onde os amigos e os familiares possuem um grande impacto no desenvolvimento psicossocial do sujeito (Baptista MN, Baptista ASD, Dias RR, 2001; Piletti N et al.,2014,). As mudanças biológicas, cognitivas e psicológicas ocorridas nessa fase proporcionam modificações nos padrões de relacionamento com as pessoas do convívio social do adolescente, onde o mesmo busca a identificação e a construção de relações efetivas com seus pares sociais, ao mesmo tempo que almeja a sua independência e diferenciação dos pais (Boscolo L, Bertrando P, 2012). O suporte familiar, por sua vez, possui a importância de proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento saudável, influenciando diretamente em como o adolescente se auto avalia e avalia as demandas externas nesse processo (Baptista MN et al., 2001).

Frente a tais características, pode-se dizer que a adolescência contemporânea é uma construção social, sendo consequência das condições sociais em que o sujeito está inserido (Cerqueira- Santos E, Melho Filho O, Koller SH, 2014). Além disso, nos dias atuais, a adolescência está permeada por fatores diferentes, como o impacto da tecnologia no cotidiano juvenil - que favorece a superficialidade na aquisição de conhecimentos (Cerqueira- Santos E, Melho Filho O, Koller SH, 2014). Nesse sentido, a internet também representa um importante espaço de socialização entre os adolescentes e disseminação de comportamentos (Otto SC, Santos KA, 2016). As redes sociais na internet têm como princípio sociabilizar, no anonimato ou não, podendo então compartilhar e trocar informações com outros (Otto SC, Santos KA, 2016).

Considera-se, dessa maneira, que a adolescência é uma fase crucial para a aquisição de hábitos sociais e emocionais importantes para o bem-estar psíquico. Como é um período de mudanças significativas, que acontecem de maneira rápida e intensa, pode gerar sentimentos de estresse e apreensão, os quais o jovem ainda não possui repertórios para manejar, causando agravamentos em sua saúde (OMS, 2018). É entendido, portanto, que a adolescência é uma fase do ciclo vital de grande vulnerabilidade para sintomas psiquiátricos (Schneider ACN, Ramires VRR, 2007) e comportamentos de risco (Steinberg L, 2007). Sabe -se que a maioria dos transtornos mentais possui início na adolescência, sendo estimado que 10 a 20% dos adolescentes no mundo sejam acometidos por alguma doença psiquiátrica (OMS, 2018). No Brasil, uma pesquisa populacional realizada nas cinco regiões do país estimou que 30% dos adolescentes escolares possuem algum transtorno mental (Lopes CS et al.,2016), o que representa uma prevalência preocupante, especialmente em uma fase importante do desenvolvimento humano.

Nessa perspectiva, os adolescentes representam um grupo vulnerável às autolesões não suicidas, o que merece atenção (Borschman R et al., 2012). Sendo um problema recorrente nessa população (APA, 2014), a ANS ocorre mais frequentemente entre os 12 e 15 anos idade (Somers O et al., 2015). O quadro surge como uma forma desadaptativa de lidar com as situações estressoras, problemas interpessoais e sentimentos negativos (Lloyd-Richardson EE, 2007; Zetterqvist M et al., 2013; Calvete E et al., 2015), uma vez que, nessa etapa da vida, os jovens deparam-se com muitas mudanças importantes que afetam seu emocional e ainda não possuem todos os mecanismos para enfrentá-las. Assim, a autolesão parece funcionar como uma regulação emocional e cognitiva para os adolescentes, sendo utilizada para extinguir pensamentos negativos ou desviar o foco do sofrimento emocional para o físico – causado pela dor decorrente do ferimento realizado (Baetens I et al., 2011). Ademais, o comportamento pode representar uma maneira de sinalizar um pedido de ajuda (Baetens I et al., 2011; Zetterqvist M et al., 2013), como uma forma desesperada de mostrar o sofrimento em que se encontra ou atrair atenção dos pais e amigos (Zetterqvist M et al., 2013).

Os jovens que praticam a ANS geralmente sentem-se envergonhados e buscam esconder o comportamento dos adultos (Kadziela-Olech H, et al., 2015). Com isso, a procura por ajuda profissional é muito baixa (Heath NL et al., 2010; Baetens I et al., 2011). Assim, percebe-se a forte estigmatização que os adolescentes possuem sobre as necessidades em saúde mental (Baetens I et al., 2011), acarretando no agravamento das situações.

1.4 Revisão sistemática da literatura

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e PsycINFO, com a finalidade de verificar estudos de prevalência de autolesão não suicida em adolescentes. Foram usados os seguintes descritores em inglês: *Nonsuicidal self injury*, *Non Suicidal self injury*, *adolescent prevalence*, além dos operadores *AND* e *OR*. Assim, a estratégia de busca consistiu na combinação: (*“Nonsuicidal self injury” OR “Non Suicidal self injury”*) *AND prevalence AND adolescent*. Foram colocados os filtros para publicações entre 2008 e 2018 e somente com população humana.

Definiu-se os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos: apenas estudos originais, dados de prevalência fornecidos, estudos de base populacional, tratar de autolesão não suicida em adolescentes e com a população alvo adolescentes incluindo a faixa etária entre 10 a 19 anos. A referida faixa etária escolhida baseou-se na classificação da Organização Mundial de Saúde no que consiste a adolescência (OMS, 2018). Como critérios de exclusão, foram utilizados: artigos com população específica (como clínica, ambulatorial ou em situação de risco); estudos de intervenção, metanálise ou revisão sistemática; estudos referentes à mesma amostra; abordagem muito específica de ANS; prevalência não fornecida; incapacidade de distinguir a presença ou ausência de intencionalidade de suicídio; área rural; amostra fora da faixa etária da OMS e texto completo indisponível.

1.3.1 Processo de busca de artigos

Foram encontradas 393 publicações nas referidas bases de dados. Destas, 73 eram duplicadas. Ao excluir as repetidas, permaneceram 320 referências para a análise. Foram excluídas 149 pelo título e 98 pelo resumo, sendo selecionadas 73 para leitura na íntegra. A partir dos critérios de exclusão e inclusão adotados, foram incluídos 25 artigos na revisão. A descrição do processo de seleção dos artigos está expressa na Figura 1 e a síntese dos resultados encontra-se na tabela 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos

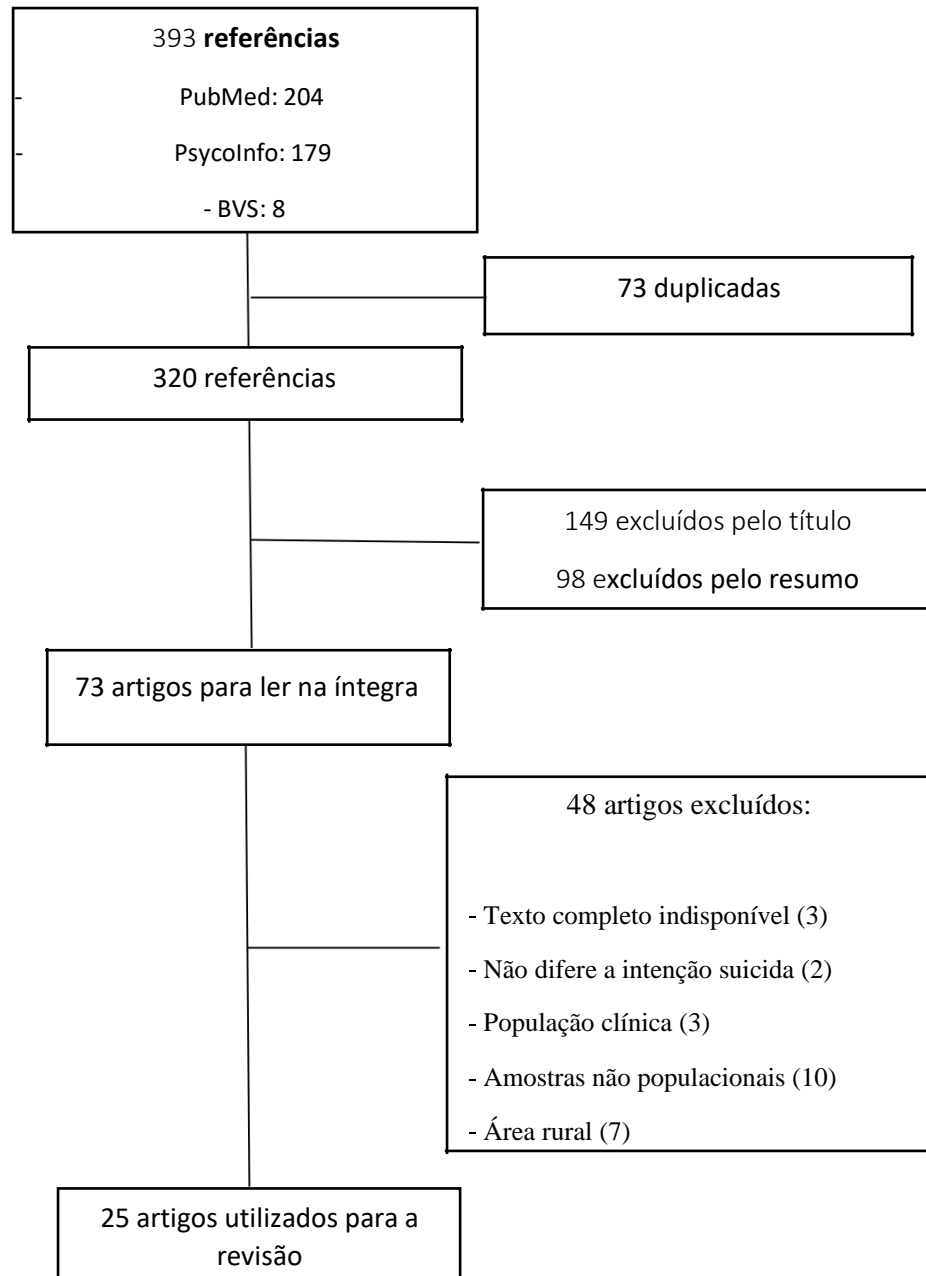


Tabela 1. Resultados da busca sistematizada

Autor/ano/ país	Delineamento	Amostra	Instrumento	Prevalência ANS	Fatores associados
Baetens I et al. 2011 Bélgica	Longitudinal	N= 533 adolescentes com 14 anos	Medida de 1 item ^a (S/N) ¹	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida: 10,7%	Conhecimento parental sobre a ANS: p<0,001
Bjarehed J et al. 2012. Suécia	Longitudinal	N= 895 adolescentes com média de 14 anos	Versão modificada do DSHI ²	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida: 41.5% 5 vezes ou mais: 18%	Sexo feminino t = 3.6; p < 0.001 Dificuldades psicológicas t = 0.33 ; p < 0.01
Castro K, Kirschner. T. 2018. Barcelona	Transversal	N= 956 adolescentes de 12 a 18 anos	ISAS ³	Pelo menos um episódio <u>aolongo da</u> vida: 49,6%	Sexo feminino $\chi^2= 17.31$; p < 0,001 Estrutura familiar $\chi^2 = 23.24$; p=0.015; IC95% 0.012-0.018 Sintomas psicológicos Wilks $\lambda=0.810$; p<0.001 Coping de evitação RR = 3.48; (IC 95% 1.59 -7.60; p < 0.00
Garisch JA, Wilson MS. 2015. Nova Zelândia	Longitudinal	N= 493 adolescentes com média de 16.23 anos (DP 0.56)	Versão reduzida do DSHI	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida: 34.4%	Alexitimia Depressão Impulsividade Ansiedade Bullying Uso de substâncias Histórico de abuso Preocupações com a sexualidade Baixa autoestima Baixa atenção Baixa resiliência
Kadziela- Olech H et al. 2015. Polônia	Transversal	N= 2506 adolescentes de 13 a 19 anos	Questionário construído para o estudo de acordo com os critérios do DSM- V.	5 dias ou mais <u>no</u> <u>último ano</u> : 4,8 %	Sexo Feminino p=0.01 Fatores associados ao sexo feminino: Sentimento de vergonha p=0.003 Necessidade de ajuda p=0.009 Solidão p=0.007
Keenan K et al., 2014. Estados Unidos	Longitudinal	N= 2180 adolescentes do sexo feminino de 13 a 14 anos *Fatores de exposição coletados entre os 8 a 12 anos	Medida de 1 item ^b (S/N)	Pelo menos um episódio <u>no último ano</u> : 6%	Agressividade RO=1.36; p=0.006 Sintomas depressivos RO=1.09; p=0.001 Baixa assertividade RO=0.61; p=0.001 Eventos negativos RO= 1.04; p=0.002 Bullying RO= 1.04; p=0. 004
Kiekens G et al. 2015. Bélgica e Holanda	Transversal	N= 946 adolescentes com 12 a 19 anos	SHI ⁴	Pelo menos um episódio <u>aolongo da</u> vida: 24.3%	Neuroticismo p<0.01; RO=1.32; IC95% 1.09-1.59 Estresse percebido p<0.01; RO=1.44; IC95% 1.12 – 1.86 Coping depressivo p<0.001; RO=1.60; IC95% 1.25-2.06 Distração p < 0.05; RO=1.32; IC 95% 1.06- 1.64 Busca por suporte social p<0.05; RO=0.78; IC 95% 0.64–0.95

Liang S et al. 2015. China	Transversal	N= 2131 adolescentes com média de idade de 13 anos (DP 1.63)	SHQ ⁵	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> Vida: 20.9%	Sexo feminino $\chi^2 = 28.80$; $p < 0.001$ Com quem mora $\chi^2 = 7.97$, $p < 0.05$ Séries mais baixas $\chi^2 = 7.97$, $p < 0.05$ Sintomas depressivos $p < 0.0083$ Impulsividade $p < 0.0083$ Eventos estressores $p < 0.0083$ Comportamentos de risco à saúde $p < 0.0083$ Baixo suporte familiar $p < 0.0083$ Baixa adaptabilidade familiar $p < 0.0083$
Luyckx K et al. 2015. Bélgica	Transversal	N= 568 adolescentes com média de idade de 16.13 anos (DP 1.42)	Medidas de 7 itens baseadas no SIQ-TR ⁶ (S/N).	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida: <u>16.5%</u>	Sexo feminino $\chi^2=10.45$, $p < 0.001$ Ansiedade $b=0.15$, $p < 0.01$ Depressão $b= 0.26$, $p < 0.001$
Plener PL et al. 2013. Áustria, Alemanha e Suíça.	Transversal	N=1399 adolescentes com idade média de 14.99 anos (DP:0.88)	OSI ⁷	Pelo menos um episódio <u>nos últimos 6</u> Meses: Suíça: 7.4% Alemanha: 14% Áustria:11 % Combinação dos três países: 11.4%	Morar na Alemanha $p = 0.02$
Ren Y et al. 2018. Taiwan	Transversal	N= 1989 adolescentes com média de idade de 15.45 (DP=0.54)	12 itens do DSHI	Pelo menos um episódio <u>no último ano</u> : 20.8% 1 vez: 4.8% 2 – 3 vezes: 5.9%, 4-5 vezes: 3.5% > 5 vezes: 6.7%	Sexo feminino $\chi^2 17.59$, $p < .001$ Funcionamento/suporte familiar $b=0.13$; $p < .001$ Coping evitativo e emocional $b=0 .19$; $p < 0.001$
Somer O et al. 2015. Turquia	Transversal	N = 1656 adolescentes com média de idade de 16.8 anos (DP 1.26)	ISAS	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida: 31.3%	Adolescentes mais velhos $t = 3.66$, $p < 0.01$ Histórico de tentativa de suicídio $p < 0.001$ Ansiedade $t=12.79$, $p < 0.001$ Depressão $t=12.49$ $p < 0.001$ Imagem negativa de si mesmo $t=13.49$, $p < 0.001$ Somatização $t=12.58$, $p < 0.01$ Hostilidade $t=12.86$, $p < 0.001$
					Desesperança $t= 12.16$, $p < 0.001$ Ideação suicida $t = 13.21$, $p < 0.001$ Avaliação negativa de si mesmo $t=15.12$, $p < 0.001$
Sornberger MJ et al. 2012. Estados Unidos	Transversal	N=7126 adolescentes com 11 a 19 anos	Medida de 2 itens ^a	Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida: 48.7%	Sexo feminino $p < 0.01$

<p>Taliaferro LA et al.</p> <p>2012.</p> <p>Estados Unidos</p>	<p>Transversal</p>	<p>N= 61330 adolescente nas 9º e 12º séries (idade não fornecida)</p>	<p>Medida de 1 item ^a</p> <p>(S/N)</p>	<p>Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> Vida:</p> <p>7%</p>	<p>Sexo feminino $\chi^2= 597.7$, $p<0.001$ Série $\chi^2= 198.8$, $p<0.001$</p> <p>Não branco $\chi^2= 225.7$, $p<0.001$ Almoçam na escola $\chi^2= 300.6$, $p <0.001$ Problemas de saúde mental $p<0.0001$; RO=1.76; IC 95% 1.60–1.93 Sintomas depressivos $p<0.0001$; RO= 1.52 ; IC95% 1.30–1.77 Solidão $p < 0.0001$ RO=1.32; IC95% 1.19–1.45 Impulsividade $p<0.0033$; RO= 1.14; IC95% 1.04–1.25 Ter sofrido abuso físico $p<0.0033$ RO= 1.10;IC95%1.02–1.19 Baixo suporte parental $p <0.0001$ RO= 0.79; IC95% 0.68–0.91 Ter fugido de casa $p < 0.0001$ RO = 1.35; IC95%1.23–1.49 Dieta mal adaptativa $p < 0.0001$ RO=1.51; IC95% 1.34–1.70 Prática de violência $p < 0.0001$ RO= 1.40; IC95% 1.28–1.53 Desempenho acadêmico $P<0.0033$, RO= 0.90;IC95%0.82–0.99</p> <p>Somente o sexo feminino: abuso sexual $p<0.0001$ RO= 1.25; IC95%1.13–1.38 baixo suporte social com adultos $p<0.0033$; RO =0.88; IC 95%0.79–0.98 uso de cigarro $p<0.0001$; RO= 1.32; IC95% 1.22–1.43</p>
<p>Tang J et al.</p> <p>2013.</p> <p>China</p>	<p>Transversal</p>	<p>N= 2907 adolescentes com 10 a 18 anos</p>	<p>FASM⁸</p>	<p>Pelo menos um episódio <u>no último ano</u>: 33.6%,</p>	<p>Sexo feminino $p<0.009$ Agressividade verbal e indireta $p=0.000$ Hostilidade $p=0.000$</p>
<p>Tatnell R et al.</p> <p>2016.</p> <p>Austrália.</p>	<p>Longitudinal</p>	<p>N= 2637 adolescente com 12 a 18 anos</p>	<p>SHBQ⁹</p>	<p>Pelo menos um episódio <u>ao longo da</u> vida : 9,4 %</p>	<p>Idade $t = 4.02$; $p<0.001$; IC95% 0.14- 0.39</p> <p>Ansiedade $t= 15.01$; $p <0.001$; IC 95% 5.25- 6.83 Ideação suicida : $\chi^2=265.12$; $p<.000$, Tentativa suicídio : $\chi^2= 96.79$; $p<0.000$ Abuso físico $\chi^2= 86.05$; $p <0.000$ Abuso sexual $\chi^2= 23.60$; $p <0.000$</p>

Wan Y et al. 2015. China	Transversal	N= 14211 adolescentes com média de idade de 15.1 anos (DP 1.49)	Medida de 1 item ^b (S/N)	Pelo menos um episódio <u>no último ano</u> : 24.9%	Idade p<0.01 Nível educacional do pai p<0.01 Nível socioeconômico familiar p<0.01 Número de amigos p<0.01 Sintomas psicológicos p<0.01 Ter sofrido qualquer tipo de abuso infantil p<0.01
You J et al. 2011. China	Transversal	N= 6374 adolescentes de 11 a 18 anos	Medida de 5 itens (escala de 4 pontos)	Pelo menos um episódio <u>nos últimos dois anos</u> : 15% >3 vezes: 57.1%.	Sexo feminino $\chi^2=22.99$; p<0.001 Sintomas depressivos p <0.01; Wald =48.95; RO= 1.04; IC95% 1.03 - 1.06 Relações interpessoais perturbadas p<0.01; Wald= 8.54; RO= 1.06; IC 95%1.02, 1.10 Sintomas dissociativos p<0.01 Wald= 10.74; RO=1.08; IC95% 1.03- 1.12 Impulsividade p<0.01; Wald = 359.81; RO=1.27; IC 95%1.23- 1.30
You J et al. 2016a. Taiwan	Transversal	N= 2783 15 a 18 anos	Medida de 12 itens (escala de 6 pontos)	Pelo menos um episódio <u>no último ano</u> : 20.4%	Sexo feminino $\chi^2 = 18.69$; p <0.001 Depressão t =15.65 ; <0.001 Fatores da personalidade: Neuroticismo t= 13.88 p<0.001
You J et al. .2016b. China	Longitudinal	N= 1701 adolescentes de média de idade de 15.04 (DP:1.47)	Medida de 7 itens (escala de 4 pontos)	Pelo menos um episódio <u>nos últimos 6 meses</u> : 9.6%	Sexo feminino $\chi^2= 8.28$; p < .001 Depressão t=3.34; p < .01 Grupo de amigos t= 13.17; p < .001
Zetterqvist M et al. 2013 Suécia	Transversal	N=3097 adolescentes com 15 a 17 anos	FASM	Pelo menos um episódio <u>ao longo da vida</u> : 41.6% Utilizando critério do DSM V, prevalência no último ano: Todos critérios: 6.7 % Critério A: 8.7%	Sexo feminino p<0.001 Não morar com os pais p<0.001 Pais desempregados p<0.001 Dificuldades financeiras p<0.001 Fumar p<0.001 Consumir álcool p<0.001 Já ter usado drogas p<0.001
Zetterqvist M et al. 2012. Suécia	Transversal	N= 2964 adolescentes com 15 a 17 anos	FASM	Pelo menos um episódio <u>no último ano</u> : 37.7% 1 – 4 vezes: 21.2% 5 – 10 vezes:6.0% >11 vezes :10.5%	Sexo feminino $\chi^2 = 10.82$; p=0.001 Dificuldades financeiras f= 28.72; p<0.001 Com quem mora f= 17.10 ; p<0.001 Pais desempregado f= 7.38; p<0.03 Eventos adversos na infância f=115.58; p<0.001 Sintomas depressivos f=181.75; p<0.001 Sintomas de estresse pós-traumático f = 144.44; p<0.001 Sintomas dissociativos f=115.22; p<0.001 Raiva f=120.80; p<0.001 Ansiedade f= 66.01; p<0.001

Zetterqvist M et al. 2018. Suécia	Transversal	N= 5743 adolescentes com idade média de 17.97 (DP0.63)	Medida de 1 item ^a retirada do SITBI ¹⁰	Pelo menos um episódio ao longo da vida: 17.7%	Sexo feminino
-----------------------------------	-------------	--	---	--	---------------

¹S/N: opção de resposta dicotômica em Sim ou Não

² DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory

³ ⁴SHI: Self – Harm Inventory

⁵ SHQ: Self Harm Questionnaire

⁶ SIQ-TR: Self-Injurious Questionnaire-Treatment Related

⁷ OSI: Ottawa Self-Injury Inventory

⁸ FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation

⁹ SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire;

¹⁰ SITBI: Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview-Short Form-Self Report

^a Medida mais comum utilizada: *Alguma vez você já se machucou mesmo de propósito (como cortar, queimar ou arranhar) sem intenção de morrer?* ^b Medida mais comum utilizada: *No último ano, você se machucou de propósito, como se cortar ou queimar, sem intenção de morrer?*

3.1.1 Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes

Segundo a revisão sistemática realizada, a prevalência de ANS é avaliada de acordo com o período de tempo em que ocorreu, podendo ser ao longo da vida, no último ano, nos últimos 2 anos ou nos últimos 6 meses. Nos estudos analisados, a prevalência de ANS ao longo da vida variou entre 7% e 49,6% (Taliaferro LA et al. 2012; Castro K, Kirschner T, 2018). Em relação ao último ano, a prevalência encontrada foi de 4,8% a 37,7 % (Zetterqvist M et al.2012; Kadziela-Olech H et al.,2015; Wan Y et al.2015; You J et al. 2016; Ren Y et al.2018) e nos últimos 6 meses foi de 8,4% a 11,4% (Plener PL et al.,2013; You J et al., 2016b). Ainda, um único estudo avaliou a ocorrência nos últimos 2 anos, encontrando 15,5% (You J et al., 2011). Observa-se o desfecho vem sendo avaliado em diferentes temporalidades na literatura. Pensando nisso, seguem os estudos organizados segundo a temporalidade em que as prevalências foram avaliadas.

3.1.2 Prevalências de autolesão não suicida em adolescentes: ao longo da vida

Na China, foi realizado um estudo transversal na cidade de Dujiangyan, localizada na região sul do país, em uma amostra de 2131 adolescentes com média de idade de 13 anos (DP 1.63) e obteve-se uma prevalência de 20,9% de ANS ao longo da vida, utilizando o *Self Harm Questionnaire – SHQ* (Liang S et al.,2015).

Na Bélgica, um estudo longitudinal com 533 adolescentes de 14 anos encontrou uma prevalência de 10,7% de ANS ao longo da vida, através de uma medida de um item

com resposta de sim ou não (Baetens I et al. 2011). No mesmo país, Luyckx K et al. (2015) conduziram um estudo transversal posterior e verificaram que 16,5% de 568 adolescentes amostrados, com média de idade de 16 anos (DP 1,42), apresentaram ANS ao longo da vida; o desfecho foi avaliado através de uma medida de 7 itens retiradas do *Self-Injury Questionnaire - Treatment Related (SIQ-TR)*. Já Kiekens et al. (2015) realizaram uma pesquisa transversal no mesmo país e na Holanda com 946 indivíduos de 14 a 19 anos, utilizando o *Self Harm Inventory (SHI)*, e encontraram 24,3% de ANS ao longo da vida na amostra total.

Na Suécia, foi conduzida uma pesquisa longitudinal com 895 adolescentes com média de 14 anos (Bjarehed J et al., 2012). A partir de uma versão modificada do DSHI, obteve-se uma prevalência de 41,5% de pelo menos um episódio de ANS ao longo da vida, sendo que 18% da amostra realizou autolesão mais de cinco vezes (Bjarehed J et al., 2012). No mesmo país, Zetterqvist M et al. (2013) investigaram, através de um estudo transversal, a ANS ao longo da vida com o FASM e encontraram uma prevalência de 41,6% em uma amostra de 3097 adolescentes de 15 a 17 anos. Os mesmos autores realizaram um estudo transversal posterior com 5743 adolescentes com idade média de 17,97 (DP 0.63) e encontraram uma prevalência de ANS ao longo da vida de 17,7%% na amostra, avaliada com uma medida de um item, retirada do *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview-Short Form-Self Report - SITIB* (Zetterqvist M et al. ,2018).

Em Barcelona, realizou-se um estudo transversal com 956 adolescentes de 12 a 18 anos, o qual encontrou uma prevalência de 49.6% de ANS ao longo da vida (Castro K, Kirschner T., 2018). O desfecho foi avaliado com a primeira parte do *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*, que investiga 12 tipos de ANS. Utilizando a mesma medida, na Turquia, um estudo transversal com 1656 adolescentes com idade média de 16,8 anos (DP 1.26), encontrou uma prevalência de 31, 3% de ANS ao longo da vida (Somer O et al.,2015). Nos Estados Unidos, Sornberger MJ et al. (2012) conduziram um estudo transversal com 7126 adolescentes de 11 a 19 anos e encontraram uma prevalência de 48,7% de ANS ao longo da vida, utilizando uma medida de 2 itens. Também nos Estados Unidos, outro estudo foi conduzido com uma amostra de 61.330 adolescentes nas 9º e 12º séries e obtiveram uma prevalência de 7%, a partir de uma medida de 1 item (Taliaferro LA et al., 2012).

Na Nova Zelândia, foi realizado um estudo longitudinal (Garisch JA, Wilson MS, 2015) com uma amostra de 493 adolescentes de 16,23 anos em média (DP 0.56). A pesquisa verificou uma prevalência de 34,4% de ANS ao longo da vida, sendo avaliada pela versão reduzida do *Delibere Self – Harm Inventory – DSHI* (Garisch JA, Wilson MS, 2015). Já na Austrália, foi realizado um estudo longitudinal com 2637 adolescentes de 12 a 18 anos provenientes de escolas de cinco estados do país (Tatnell R et al., 2016). Ao longo da vida, foi encontrada uma prevalência de ANS de 9,4% na amostra, avaliada com o *Self-Harm Behavior Questionnaire - SHBQ* (Tatnell R et al., 2016).

Vale atentar-se para a variabilidade de medidas utilizadas para avaliar a autolesão, o que já foi apontado também na revisão sistemática de Muehlenkamp JJ et al. (2012). Foi possível observar a utilização de 10 medidas diferentes para analisar o desfecho ao longo da vida, sendo 8 instrumentos utilizados parcialmente ou integralmente, e duas medidas construídas para o estudo, variando entre 1 a 2 itens. Os instrumentos variam na avaliação da frequência, dos métodos, dos motivos e do potencial de letalidade de ANS, além de também investigarem o comportamento suicida (tentativas, ideação e planos de suicídio). A diversidade das medidas pode limitar a análise e a comparação das prevalências encontradas nos estudos e, ao mesmo tempo, justificar as divergências encontradas.

3.13 Prevalência de autolesão não suicida nos últimos dois anos

O único estudo que avaliou a ANS nos últimos dois anos foi realizado na China por You et al. (2011), em Hong Kong, e utilizou uma medida de 6 itens com escala de 4 pontos. Foi obtida uma prevalência de 15% de ANS nos últimos dois anos, sendo que 57% dos adolescentes que praticaram ANS fizeram mais de 3 vezes no período indicado (You J et al., 2011).

3.14 Prevalência de autolesão não suicida em adolescentes: no último ano

Na China, um estudo transversal, aninhado à Pesquisa Nacional de Agressão, avaliou o desfecho no último ano através do *Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)* em 2907 adolescentes com 10 a 18 anos de escolas da área urbana, estimando 33,6% de prevalência na amostra (Tang J et al., 2013). No mesmo país, Wan Y et al. (2015) investigaram o desfecho em 14211 adolescentes com média de idade de 15,1 anos (DP

1,4), na região sul, central, norte e ocidental. Utilizando uma medida de 1 item (S/N), foi encontrada uma ocorrência de 24,9% no último ano (Wan Y et al.,2015).

Outro estudo transversal (Ren Y et al.,2018) avaliou o desfecho em Taiwan com uma amostra de 1989 adolescentes de média de idade de 15,5 (DP=0,54). A autolesão foi avaliada através de uma medida de 12 itens em escala de 6 pontos, retirados do *DSHI*, estimando-se uma prevalência de ANS no último ano de 20,8%, tendo 6,7% realizado a ANS em mais de 5 vezes no período indicado (Ren Y et al.2018). Ainda em Taiwan, com uma amostra maior, de 2783 adolescentes entre 15 a 18 anos, You et al. (2016) avaliaram o desfecho utilizando a mesma forma de medida e encontraram uma prevalência similar, de 20,4% de ANS no último ano. Na Polônia, avaliou-se ANS utilizando um questionário construído segundo o critério A do DSM V, onde o ponto de corte foi a presença de ANS em cinco dias ou mais no último ano (Kadziela-Olech H et al.,2015). Foi encontrado uma prevalência de 4,8% em 2506 adolescentes, com 13 a 19 anos (Kadziela-Olech H et al., 2015).

Na Suécia, Zetterqvist M et al. (2013) conduziram um estudo transversal com 3097 adolescentes com 15 a 17 anos e utilizaram o FASM como instrumento, mas analisaram ANS segundo os critérios do DSM V. 6,7% dos adolescentes preencheram todos os critérios diagnósticos de ANS e 8,7% preencheram o critério A. Os mesmos autores fizeram outro estudo, no mesmo país, com 2964 adolescentes de 15 a 17 anos, analisando a ANS novamente com o FASM, mas sem utilizar os critérios do DSM V (Zetterqvist M et al.,2012). Nesse estudo, encontraram uma prevalência de 37,7% de adolescentes com pelo menos um episódio de ANS no último ano, sendo que 21,2% destes o fizeram de uma a quatro vezes, 6% de cinco a dez vezes e 10,5% mais de onze vezes no último ano (Zetterqvist M et al.,2012). Já nos Estados Unidos, Keenan K et al. (2014) realizaram um estudo longitudinal com 2180 adolescentes do sexo feminino de 13 a 14 anos, tendo os fatores de exposição sido coletados entre os 8 a 12 anos. Avaliada através de uma medida de 1 item (S/N), encontraram uma prevalência de 6% de adolescentes com ANS no último ano (Keenan K et al., 2014).

3.1.5 Prevalência de autolesão não suicida nos últimos 6 meses

Na China, You J et al. (2016b) realizaram uma pesquisa longitudinal em Hong Kong com 1701 adolescentes, de média de idade de 15,04 (DP:1,47), e estimaram uma

prevalência de ANS de 9,6% % nos últimos 6 meses, avaliada através de uma medida de 6 itens com escala de 4 pontos. Em um estudo realizado por Plener et al. (2009), foi encontrada uma prevalência de aproximadamente 11.4% entre a Alemanha, Suíça e Áustria de ANS nos últimos 6 meses.

1.3 Fatores associados a autolesão não suicida em adolescentes escolares

A autolesão não suicida parece estar associada com fatores de risco que englobam aspectos sociodemográficos, comportamentais e psicológicos (Plener et al., 2018). Revisões sistemáticas e meta análises (Fliege H et al., 2009;Plener PL et al., 2015; Fox RH, 2015) apontam como principais fatores associados (Plener et al., 2018): sexo feminino, estrutura familiar, renda familiar, uso de substâncias e álcool, grupo social, baixo suporte social, sintomas depressivos, estresse, entre outros. Serão apresentados abaixo os fatores associados a ANS divididos didaticamente em três categorias, sendo elas: fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos.

1.5 Autolesão não suicida e fatores sociodemográficos

O sexo feminino tem sido mundialmente associado à ANS (Plener et al., 2018). Segundo uma pesquisa realizada na Bélgica, Holanda e Estados Unidos (Gilleta M et al.,2012), observou-se que as mulheres realizavam autolesões com maior frequência do que os homens nos três países ($p=0.004$). Outras pesquisas nos Estados Unidos estão de acordo com tais resultados (Sornberger MJ et al.,2012; Taliaferro LA et al.,2012). Na China, os diversos estudos apontam que as adolescentes do sexo feminino possuem maior propensão a se envolverem em ANS (Tang J et al.,2013;Liang S et al.2015; You J et al. 2016a; You J et al.2016b; Ren Y et al.2018;). Na Suécia, os achados apontam para a mesma direção (Zetterqvist M et al.,2012; Zetterqvist M et al. 2013; Zetterqvist M et al., 2018). Em Barcelona, Castro K e Kirschner T (2018) observaram que o sexo feminino estava associado com episódios de ANS ($\chi^2= 17.31$; $p <0,001$). Na Bélgica, o estudo de Luyckx K e colaboradores (2015) concorda com tal achado ($\chi^2=10.45$, $p < 0.001$). Em Taiwan, Ren Y et al. (2018) também mostraram que o sexo feminino possui mais propensão a desenvolverem ANS ($\chi^2 17.59$, $p < 0.001$). Entretanto, Kiekens G et al. (2015) não encontraram diferenças significativas nas prevalências de ANS ao longo da vida entre

os sexos feminino e masculino nos Estados Unidos ($\chi^2 = 0.01$; $p=0.95$). Na Turquia, também não foi encontrada diferença entre os gêneros ($\chi^2= 2.47$), assim como na Nova Zelândia ($t=1137$; $p = 0.67$) (Garisch J JA et al., 2015).

Em relação à idade, um estudo longitudinal na Austrália, (Tatnell R et al., 2017) com adolescentes de 12 a 18 anos, mostrou que os participantes são mais propensos a reportarem ANS à medida que ficam mais velhos ($t = 4.02$; $p<0.001$; IC95% 0.14- 0.39). Já Castro et al. (2018) não encontraram diferença de prevalências de ANS entre as idades ($t =0.989$; $p <.05$). No que tange às séries em que os escolares se encontram, um estudo nos Estados Unidos (Taliaferro LA et al., 2012) mostrou que alunos da 9ª série possuem maior frequência de ANS do que os da 12ª série ($\chi^2= 198.8$, $p<0.001$). O mesmo achado foi observado na China (Liang S et al., 2015), onde os adolescentes das séries inferiores apresentaram maior propensão a engajarem em ANS ($\chi^2 = 7.97$, $p < 0.05$).

Em relação à renda familiar, o estudo de Wan Y et al. (2015) na China verificou que os adolescentes que percebiam o status econômico da família como ruim, possuíam associação significativa com maiores ocorrências de ANS ($p<0.001$). Na Suécia (Zetterqvist M et al., 2012), os jovens que achavam que a família tinha dificuldades financeiras ($f= 28.72$; $p<0.001$), bem como que possuíam um ou ambos os pais desempregados ($f = 7.38$; $p<0.03$), reportavam maiores prevalências.

A estrutura familiar e com quem o adolescente mora também têm sido associadas com maiores prevalências de ANS. No estudo de Liang S et al. (2015) foi observado que adolescentes com famílias monoparentais possuem mais propensão a ANS ($\chi^2 = 7.97$, $p < 0.05$), assim como mostrado na pesquisa de Castro K et al. (2018) ($\chi^2 = 23.24$; $p=0.015$; IC95% 0.012-0.018). No mesmo sentido, Zetterqvist M et al (2012) verificaram que no grupo com maiores prevalências de ANS existiam menos adolescentes que moravam com ambos os pais ($f= 17.10$; $p<0.001$).

1.5.1 Autolesão não suicida e variáveis comportamentais

Em relação aos aspectos comportamentais, os estudos vêm investigando a associação da ANS com uso de álcool e drogas. O estudo longitudinal de Garisch JA e

Wilson MS (2015), realizado na Nova Zelândia, destacou o uso de substâncias como um fator preditor proximal para ANS. Nos Estados Unidos (Taliaferro LA et al. 2012), foi observado que as adolescentes que fumavam possuíam maior risco de ANS ($p < 0.0001$; $RO = 1.32$; $IC95\% 1.22-1.43$). No mesmo sentido, Zetterqvist M et al. (2013) apontam que o hábito de fumar ($p < 0.001$), consumir álcool ($p < 0.001$) e já ter usado algum tipo de droga ($p < 0.001$) está associado com o agravamento da ANS. Nesse sentido, comportamentos de risco à saúde também têm se mostrado associados ($p < 0.0083$) de acordo com Liang S e colaboradores (2015). Observa-se, desse modo, que o hábito de fumar tabaco, uso de substâncias e álcool parecem ser fatores importantes para a ANS em adolescentes.

A literatura tem sugerido que os pares também possuem influência no engajamento de ANS (Prienstein MJ et al., 2010; You J et al., 2013; Xavier AMJ, 2016; You J et al., 2016). De acordo com You et al (2016b), adolescentes que possuem amigos que já tiveram ANS são mais propensos desenvolver o mesmo comportamento posteriormente ($t = 13.17$; $p < .001$). Os jovens tendem a começar a prática depois de notarem comportamento semelhante em algum amigo (You J et al., 2013). Segundo Deliberato TL e Nock MK (2008), cerca de 38% dos adolescentes que praticam a autolesão afirmam ter tido a ideia com seus pares. Os indivíduos frequentemente conhecem o comportamento por sugestão ou observação de outra pessoa (APA, 2014), entendendo que é benéfico de alguma forma. Nesse sentido, umas das funções da autolesão encontradas na pesquisa de (Zetterqvist M et al., 2013) com adolescentes referem-se a “fazer parte de um grupo” e “ser alguém que você respeite”. No mesmo sentido, as redes sociais parecem funcionar como um ambiente de disseminação da prática, onde os adolescentes compartilham seu sofrimento e as formas de autolesionar-se (Otto SC, Santos KA, 2016). Uma vez que a autolesão não suicida está fortemente presente nas mídias sociais, tal fato pode encorajar e influenciar os adolescentes ao comportamento (Lewis SP, Heath NL, Sornberger MJ, Arbuthnott AE., 2012; Lewis SP, Knoll AK, 2015; Moreno MA, Ton A, Selkie E, Evans Y, 2016). Assim, pode-se dizer que a ANS possui uma característica de contágio social entre os adolescentes, o que contribui para a gravidade da temática.

1.5.2 Autolesão não suicida e variáveis psicológicas

Muitos estudos longitudinais vêm apontado a sintomatologia depressiva como preditora para a ANS, tendo impacto em seu agravamento (Keenan K et al., 2014; Plener et al., 2015; Garisch JÁ et al., 2015; You J et al., 2015; You J et al., 2016). No que tange aos sintomas depressivos, vale ressaltar a sua alta prevalência entre os adolescentes (Thiengo DL et al., 2013). Segundo a OMS, a depressão é uma das principais causas de doença e incapacidade nessa população. A sintomatologia depressiva engloba: humor triste, perda de energia, falta de prazer nas atividades cotidianas, isolamento, sentimentos de desesperança, irritabilidade e alterações de comportamento (APA, 2014). É comum que a sintomatologia se sobreponha a outros transtornos, aparecendo como um importante fator de risco para a ANS (Marshall SK, Tilton-Weaver LC, Stattin H, 2013; Gandhi A, Luyckx K et al., 2015; Xavier AMJ, 2016; Baiden P, Stewart SL, Fallon B, 2017).

No estudo longitudinal de Keenan K et al. (2014), realizado nos Estados Unidos, foi observado que as adolescentes com maiores prevalências de ANS no último ano, avaliada aos 14 anos de idade, haviam tido sintomas depressivos entre os 8 e 12 anos de idade. Tal achado sugere que a depressão possui um papel preditor no desfecho da autolesão (Keenan K et al., 2014). Ainda nos Estados Unidos, Taliaferro LA et al. (2012) apontou a presença de sintomas depressivos como um fator consistente que distingue os adolescentes com ANS ao longo da vida daqueles sem ANS ($p < 0.0001$; RO= 1.52; IC95% 1.30–1.77). Na Nova Zelândia, outro estudo longitudinal (Garisch JA, Wilson MS, 2015) demonstrou que a ANS é associada com maiores níveis de depressão, existindo uma correlação positiva entre as variáveis, o que também é mostrado na Bélgica (Luyckx K et al., 2015).

Os sintomas depressivos também são associados com a gravidade das autolesões ($t=12.49$; $p < 0.001$), tendo os adolescentes com práticas repetitivas de ANS maior sintomatologia depressiva do que aqueles que se feriram ocasionalmente (Somer O et al., 2015). You J et al (2011) confirmam tal achado, indicando que os adolescentes com maior frequência de ANS nos últimos dois anos parecem ter experienciado mais sintomas depressivos em um estudo realizado na em Hong Kong, na China ($p < 0.01$; Wald =48.95; RO= 1.04; IC95% 1.03 - 1.06). O estudo de Zetterqvist M e colaboradores (2012) concorda com tais apontamentos, sugerindo que a depressão possui associação com a frequência

em que a ANS é realizada ($f=181.75$; $p<0.001$). Em Taiwan, You et al (2016a) também demonstraram que os adolescentes com ANS no último ano possuíam maiores níveis de depressão, existindo uma correlação positiva entre as variáveis ($t =15.65$; <0.001).

Vale mencionar que a ANS também vem sendo associada com eventos estressores, sendo um fator de risco importante para o desfecho (Nock MK et al., 2010; Baetens I et al., 2011; Liang S et al., 2015; Madge N et al., 2015). Concordando com tal achado, uma pesquisa populacional com 4405 adolescentes chineses observou uma associação entre ANS no último ano e eventos estressores ao longo da vida (Tang J et al., 2016). De acordo com estudo transversal realizado por Zetterqvist M et al. (2012), os adolescentes com maior frequência de ANS no último ano apresentavam mais sintomas de estresse pós-traumático ($f = 144.44$; $p<0.001$). Já no estudo de Kiekens G. et al (2015), os escolares com maior estresse percebido tinham maior risco de engajamento em ANS ($p<0.01$; $RO=1.44$; $IC95\% 1.12 - 1.86$).

Nesse mesmo sentido, foi verificado uma correlação positiva entre autolesão e os sintomas de estresse em adolescentes portugueses (Barata CV, 2016). O autor observou que os adolescentes que não têm autolesão apresentam menos stress em relação aos que apresentam autolesão ($f= 49,713$, $p= 0,000$). Em uma pesquisa de base populacional (Carvalho CB et al., 2017), também em Portugal, com 1763 adolescentes foi verificado que os jovens com quadro de ANS experienciavam mais sintomas de estresse também ($\chi^2 = -12.029$; $p=0.000$). Estudos longitudinais trazem os mesmos resultados, indicando o estresse como preditor para ANS (Miller AB et al., 2018; Guerry JD; Prinstein MJ, 2009).

Muitos estudos também vêm abordando a relação entre os episódios de ANS e tentativa/ideação suicida, como já mencionado previamente (Liang et al., 2014; Calvete E et al., 2015; Barreto Carvalho C et al., 2017). De acordo com revisões sistemáticas, por exemplo, a ANS vem sendo associada com histórico de tentativas de suicídio e ideação suicida (Fliege H et al., 2009; Plener PL et al., 2015; Plener PL et al., 2018). Em metanálise conduzida por Fox RK et al. (2015), comportamento e pensamentos suicidas emergiram como preditores da ANS ($RO = 2.21$; $IC 95\% 1.42-3.44$; $p <0.01$). Em um estudo longitudinal (Brausch AM, Boone SD, 2015) realizado nos Estados Unidos, constatou-se que os adolescentes com ANS possuíam mais risco para tentativas de suicídio ($f= 315.5$; $p <0.01$). Na China, em uma pesquisa nacional (Tang J et al., 2018), foi observado que os

adolescentes com ANS eram mais propensos a experienciar ideação suicida (RO= 8.61; IC 95% 7.7-9.63) e tentativa de suicídio (RO=11.17; IC 95% 9.31-13.41). Concordando com tais achados, Somer O et al. (2015) encontraram associação entre histórico de tentativas de suicídio e ANS em escolares ($t = 13.23$; $p < 0.001$).

1.6 Métodos de rastreamento de autolesão não suicida

A revisão sistemática realizada evidenciou que dentre os instrumentos e escalas mais utilizados para rastreamento de ANS, encontram-se: *Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM* (Tang J et al., 2013; Zetterqvist M et al. 2013; ; Zetterqvist M et al. 2012), *Deliberate Self-Harm Inventory – DSHI* (Bjarehed J et al., 2012; Garisch JA, Wilson MS, 2015; Ren Y et al., 2018) e *Inventory of Statements About Self-Injury- ISAS* (Sommer O et al., 2015; Castro K, Kirschner T, 2018). Tais instrumentos investigam frequência, métodos, motivos e potencial de letalidade de ANS, além de também investigarem o comportamento suicida (tentativas, ideação e planos de suicídio). Ressalta-se que nenhum destes são validados para o Brasil, não existindo nenhum instrumento até o momento que aborde a faceta não suicida dos comportamentos autolesivos no país. Os poucos estudos que abordam especificadamente a temática em contexto nacional utilizam entrevistas semiestruturadas (Caldas MT et al., 2009; Raupp CS et al., 2018) ou instrumentos sem validação para o Brasil (Giusti JK, 2013; Garreto AKR, 2015; Luana, 2018).

Muitos estudos utilizam uma pergunta única para o rastreamento (Baetens I et al., 2011; Taliaferro LA et al. 2012; Keenan K et al., 2014; Wang Y et al., 2015; Zetterqvist M et al. 2018;) baseadas no objetivo do estudo, como também é mostrado na revisão sistemática de Muehlenkamp JJ et al. (2012). A questão mais utilizada nos estudos para mensurar o desfecho dessa forma é “*Alguma vez você já se machucou de propósito sem intenção de morrer?*” (Muehlenkamp JJ et al., 2012), o que também foi mostrado na revisão sistemática realizada para a presente pesquisa. Segundo Muehlenkamp JJ et al. (2012), a medida de 1 item parece fornecer estimativas mais consistentes da prevalência de ANS.

Como mencionado anteriormente, os métodos de rastreamento da ANS distinguem-se também pelo período de tempo em que o desfecho é avaliado, podendo ser ao longo da vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 6 meses ou, raramente, nos

últimos dois anos. A temporalidade escolhida de mensuração possui influência na prevalência (Muehlenkamp JJ et al., 2012). De acordo com a revisão sistemática da presente pesquisa, observou-se que é mais frequente a mensuração ao longo da vida e nos últimos 12 meses. Salienta-se que o DSM - V avalia a ANS nos últimos 12 meses (APA, 2014), embasando recentes estudos sobre a temática (Barrocas AL et al., 2012; Selby EA et al., 2012; Zetterqvist M et al. 2013; Glenn CR; Klonsky ED.2013; Andover MS, 2014; Kadziela-Olech H et al. 2015).

A partir desses achados, o presente estudo utilizará uma medida de 2 itens para mensurar a ANS nos últimos 12 meses, seguindo a definição temporal para o desfecho no DSM V (cinco dias ou mais no último ano). Assim, primeiramente, será realizada uma pergunta de rastreio de ANS ao longo da vida, com opção de resposta dicotômica (Sim/Não). Aos participantes que tiverem histórico de ANS ao longo da vida, será questionado sobre a ocorrência de ANS no último ano, com opção de resposta dicotômica (Sim/Não). Para aqueles que responderem SIM, será perguntado o número de dias que a autolesão ocorreu nos últimos 12 meses, com opção de resposta em escala de 3 pontos. Tal método de rastreamento foi similarmente utilizado em outros estudos sobre a temática (Mih BO, Skandsen A, 2012; Andover MS, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

A partir da busca sistematizada realizada, observou-se que todos os estudos epidemiológicos selecionados se concentraram em pesquisas internacionais, uma vez que foram inexistentes estudos brasileiros sobre ANS com adolescentes nas bases de dados utilizadas. Assim, carência de estudos nacionais , bem como a ausência de instrumentos validados para a população brasileira, sugere que a presente pesquisa possui um caráter inovador, tendo potencial em ser uma das pioneiras a trabalhar a temática no país.

Vale mencionar que o DSM V (APA, 2014) e vários autores (Muehlenkamp JJ, 2005; Andover MS, 2014; Plener et al., 2018) incentivam mais estudos sobre ANS devido a sua crescente importância, sendo essencial destacar a credibilidade do manual diagnóstico psiquiátrico o qual, por sua vez, é referência internacional na área da saúde mental.

Observou-se que a ANS acarreta danos físicos e psicológicos para o indivíduo, afetando sua qualidade de vida (APA, 2014). Somado a tal fato, a ANS pode ser um preditor para o suicídio (Tang J et al., 2011) e possui a característica de contágio (You J et al. 2013; APA, 2014), o que demonstra sua gravidade. Ainda, segundo a literatura revisada, foi encontrada uma prevalência relevante do desfecho em adolescentes de diversos países, indicando a magnitude global do problema. Compreendeu-se também que a adolescência é um período de risco para o aparecimento de sintomas psiquiátricos (OMS, 2018), tendo a ANS uma alta prevalência nessa faixa etária (Muehlemkamp et al., 2012; Somer et al., 2015) e representando um desafio em saúde pública (Guerreiro DF, Sampaio D, 2013; Completo JMPS, 2014; Wang B et al., 2016; Santos LCS, Faro A, 2018).

Ressalta-se a pertinência científica e social de compreender a ANS no contexto dos adolescentes do território nacional, considerando a suma importância do fenômeno e a escassez de estudos brasileiros. É necessário também salientar que existem poucos inquéritos epidemiológicos com adolescentes no Brasil e, principalmente, nenhum deles abrangeu a cidade de Rio Grande /RS, o que contribui para a grande relevância e originalidade da presente pesquisa. Acredita-se que o conhecimento acerca da prevalência de ANS na população adolescente contribui fortemente para construir o panorama da saúde mental dos escolares. Entende-se também que ao não abordar as demandas em saúde mental nessa faixa etária, tem-se prejuízos físicos e mentais que se estendem a vida adulta, impactando tanto o indivíduo como a sociedade em geral (OMS, 2018).

A partir dos dados obtidos, pode-se articular intervenções juntamente às escolas e aos serviços de saúde pública, além de fomentar políticas públicas e novos estudos. Somente a partir de um conhecimento sólido, é possível articular serviços comunitários e subsidiar políticas públicas de saúde mental voltadas aos adolescentes (Benetti SPC, 2007), que devem ser coordenados também nas escolas e no cuidado primário à saúde (OMS, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de ANS e seus fatores associados em adolescentes matriculados nas escolas públicas e particulares da cidade de Rio Grande/RS.

3.2 Objetivos específicos

Determinar a prevalência de ANS no último ano em adolescentes de escolas públicas e privadas de Rio Grande;

Verificar a associação entre ANS e as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: sexo, idade, nível socioeconômico, com quem mora, série e tipo de escola
- Comportamentais: uso de álcool, uso de tabaco, amigos que tem ou já tiveram ANS, histórico de ANS em alguém da mesma escola e influência das redes sociais
- Psicológicas: sintomas depressivos, sintomas de estresse, ideação suicida e tentativa de suicídio

Investigar a função e a consequência da ANS nos adolescentes, com base no critério B e E do DSM V.

4 HIPÓTESES

A prevalência de ANS no último ano será entre 10% a 20%;

A ocorrência de ANS no último ano tende a ser maior em adolescentes do sexo feminino, de baixo nível socioeconômico, que não moram com os pais, estão cursando séries iniciais do ensino médio, que estudam em escolas públicas, que fazem uso de tabaco e/ou álcool, cujos amigos que têm ou já tiveram ANS, com histórico de ANS em alguém da mesma escola, que já visualizou alguma postagem nas redes sociais com

referência à ANS, que já realizaram tentativa de suicídio, que possuem ideação suicida, que possuem maiores níveis de sintomas depressivos e de estresse.

Os adolescentes com ANS apontam como razões para prática obter alívio de um sentimento negativo, resolver uma dificuldade interpessoal e induzir um estado de sentimento positivo, e afirmam que o comportamento causa sofrimento no cotidiano.

5 METODOLOGIA

5.1 Local do estudo

O estudo será realizado na cidade de Rio Grande, localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui população estimada de 210.005 habitantes.

Ainda segundo os dados do IBGE, em 2015, foram realizadas 6.946 matrículas no ensino médio nas redes de ensino pública e privada em Rio Grande. Em relação aos estabelecimentos de ensino, a cidade conta com 22 escolas, sendo 13 públicas estaduais, 1 pública federal e 8 privadas.

5.2 População alvo, critérios de inclusão e de exclusão

A população alvo será composta por estudantes regularmente matriculados no ensino médio das escolas públicas e particulares da cidade do Rio Grande- RS, durante o primeiro semestre letivo de 2019.

Serão incluídos no estudo os alunos matriculados no ensino médio, de ambos os sexos, que estejam presentes na sala de aula nos dias da coleta de dados e que aceitem participar da pesquisa com os termos de assentimento e consentimento devidamente assinados. Serão excluídos do estudo adolescentes que apresentarem incapacidade cognitiva, mental e/ou motora que os impeçam de responder o questionário.

5.3 Delineamento do estudo

O delineamento do estudo será transversal de base populacional, aninhado a uma pesquisa mais ampla conduzida por alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Trata-se de um censo com todos os escolares do ensino médio da cidade do Rio Grande/RS e tem como objetivo geral realizar um diagnóstico de saúde desses estudantes, abordando suas características e demandas. Para tal, serão investigados dados sociodemográficos, alimentação, atividade física, comportamento sedentário, acidentes, violência, doenças crônicas, saúde bucal, sono, sintomas ansiosos, sintomas depressivos, imagem corporal, autolesão não suicida, ideação suicida, consumo de álcool e tabaco. Além disso, pretende-se ainda medir peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e composição corporal dos estudantes para rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis.

5.4 Processo de amostragem e poder estatístico

Pretende-se realizar um censo dos estudantes do ensino médio das escolas públicas e particulares de Rio Grande. Segundo os dados do IBGE (2015), a cidade conta com um total de 6946 adolescentes matriculados no ensino médio. Assim, contando com o estudo piloto e as possíveis perdas, o total esperado da amostra é de no mínimo 3.500 adolescentes.

Foi calculado o poder para estudar as variáveis de interesse utilizando os seguintes parâmetros: prevalência estimada do desfecho nos não expostos e nos expostos, intervalo de confiança de 95%, razão entre a proporção de não expostos para expostos e razão de prevalência entre expostos e não expostos. Com o tamanho amostral disponível (N=6946) será possível avaliar, com um poder $\geq 80\%$, a associação com as variáveis sexo, idade, série, uso de álcool e de tabaco, tentativa de suicídio, ideação suicida, estresse e depressão.

5.5 Variáveis

5.5.1 Variável dependente

A variável dependente do presente estudo será Autolesão Não Suicida no último ano, sendo identificada como ANS, coletada a partir de medida de 2 itens. A primeira medida terá resposta dicotômica Sim/não e a segunda terá escala de 3 pontos. Esta, será

coletada como uma variável categórica ordinal e posteriormente operacionalizada como variável categórica dicotômica em presença ou ausência de ANS.

5.5.2 Variáveis independentes

A seguir, uma tabela com as variáveis independentes que serão trabalhadas e a forma como serão coletadas.

Variável	Forma de coleta	Operacionalização	Tipo de variável
Sexo	Referida	Masculino e feminino	Dicotômica
Idade	Referida	Em anos completos	Número discreta
Série	Referida	1º, 2º e 3º ano do ensino médio	Categórica ordinal
Nível econômico familiar *	Referida		
Tipo de escola	Referida	Pública ou Particular	Dicotômica
Com quem vive*	Referida		
Uso de álcool*	Referida		
Uso de tabaco*	Referida		
Amigos com ANS ^a	Referida	Sim e não	Dicotômica
Histórico de ANS em alguém da mesma escola ^b	Referida	Sim e não	Dicotômica
ANS nas redes sociais ^c	Referida	Sim e não	Dicotômica
Tentativa de suicídio	MINI	Sim e não	Dicotômica
Ideação de Suicídio	MINI	Sim e não	Dicotômica
Estresse	EDAE	Escore	Numérica discreta
Depressão	EDAE	Escore	Numérica discreta

* Forma de operacionalização ainda não definida em vista de fazer parte do questionário da pesquisa maior, o qual está em construção pelos alunos e professores responsáveis

a- Apêndice / b- Apêndice 4/ c- Apêndice 5

5.6 Instrumentos

5.6.1 Questões gerais e comportamentais

Tendo em vista que a realização do presente estudo é vinculada ao desenvolvimento de um estudo maior, a coleta de dados ocorrerá através de um questionário padronizado desenvolvido pelos alunos e professores participantes. As variáveis sociodemográficas, comportamentais e de saúde fazem parte desse questionário geral que será construído baseados nos questionários aplicados na Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) e no Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). As informações serão coletadas através de um instrumento autoaplicado pelos adolescentes em dispositivos eletrônicos (Personal Digital Assistants – PDA).

5.6.2 Depressão e Estresse

Os sintomas depressivos e de estresse serão avaliados através da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE-A), versão brasileira da Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS – 21) (Lovibond P, Lovibond S, 1995), adaptada e validada por Patias ND et al. (2016) para adolescentes brasileiros (anexo 1). Esse instrumento é composto por três subescalas referentes a sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Cada subescala contém 7 itens, onde participantes indicam o grau em que experimentam cada um dos sintomas descritos nos itens durante a última semana, em uma escala *likert* de quatro pontos, sendo os extremos "Não aconteceu comigo nessa semana" (0) a "Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana" (3). Os dados psicométricos do instrumento mostram que os sintomas de ansiedade, depressão e ansiedade são bem discriminados em adolescentes, sendo observadas medidas de fidedignidade composta de $\alpha = 0,86$ para a subescala estresse; $\alpha = 0,83$ para subescala ansiedade e $\alpha = 0,90$ para subescala depressão. A escala total EDAE-A obteve índice de $\alpha=0,90$ (Patias N et al., 2016). Os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 são referentes à depressão; os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 são referentes à ansiedade; e os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 são referentes ao estresse (Lovibond P, Lovibond S, 1995). Será somado o escore dos 7 itens para a subescala de depressão e de estresse, de forma a avaliar os sintomas de maneira separada.

5.6.3 Autolesão não suicida no último ano

Para avaliar a ANS no último ano, será utilizada uma medida de 2 itens, com resposta dicotômica (sim/não) e resposta em escala de 3 pontos. Inicialmente, será feita uma questão de rastreamento de ANS ao longo da vida (apêndice 1), a fim de diferenciar os indivíduos: *“Você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de morrer?”* com opção de resposta dicotômica (0) Não; (1) Sim.

Para aqueles que responderem *“sim”*, será investigado a quantidade de dias que a ANS ocorreu no último ano, seguindo a definição do DSM V, com a seguinte medida (apêndice 1): *“NO ÚLTIMO ANO (ÚLTIMOS 12 MESES) você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?”*, com opção de resposta dicotômica (sim/não). Para aqueles que responderem *“sim”*, será questionado a quantidade de dias que a autolesão ocorreu no último ano, com opção de resposta em escala de 3 pontos de (0) nenhum;(1) 1 dia; (2) 2 a 4 dias;(3) 5 dias ou mais. Os indivíduos que assinalarem a pontuação 3, serão considerados como ANS. As respostas 0, 1 e 2 serão considerados como ausência de ANS.

Os exemplos de autolesões descritos na primeira questão, medida de rastreamento ao longo da vida, foram baseados nos comportamentos que o DSM V considera como ANS, além de ser semelhante com questões de outros nos estudos (Baetens I et al., 2011; Keenan K et al., 2014; Taliaferro et al., 2014; Zetterqvist M et al., 2018). A medida específica do desfecho da presente pesquisa, referente à ANS no último ano, também foi pautada no DSM V, especificamente no critério A. Tal critério compreende que a ANS deve ser realizada no último ano, em cinco dias ou mais (APA, 2014), como já mencionando anteriormente. Ressalta-se que tal medida é utilizada de maneira parecida por estudos prévios que utilizaram perguntas únicas para analisar a ANS no último ano (Keenan K et al., 2014; Wang Y et al., 2015; Mlh BO; Skandsen A, 2012; Andover MS,

2014), abordando também o critério A do DSM V para o desfecho (Zetterqvist M et al., 2013; Kadziela-Olech H et AL., 2015).

Sabendo que a medida de 1 item para analisar a ANS tem estimado prevalências consistentes ao longo da literatura (Muehlenkamp JJ et al., 2012), optou-se por utilizar uma forma de rastreio equivalente, ou seja, que também fosse curta, devido à inexistência de instrumentos validados no Brasil para o desfecho de interesse. Ademais, como o presente estudo está aninhado a uma pesquisa maior, é de interesse utilizar instrumentos curtos e rápidos uma vez que abarcará um conjunto grande de questões ao final.

5.6.4 Funções e consequências da Autolesão não suicida

A fim de investigar a função da ANS, com base no critério B do DSM V, será utilizada uma medida de 1 item (apêndice 2) com quatro opções de resposta nas quais o indivíduo assinala a razão pela qual engajou na ANS. Para avaliar se o quadro causa sofrimento ou prejudica o cotidiano do indivíduo, pautado no critério E do DSM V, será utilizada uma medida de 1 item (apêndice 2) com resposta S/N.

5.7 Estudo piloto e treinamento da equipe

Será realizado um estudo piloto com a finalidade de testar os instrumentos, verificar o tempo de aplicação dos questionários e a logística da coleta das medidas de pressão arterial, circunferência da cintura e composição corporal. O estudo piloto será realizado no Instituto Federal de Ensino do Rio Grande do Sul (IFSul) – Campus Rio Grande, com uma amostra de estudantes do ensino médio, a qual não será incluída nas análises de dados.

O presente estudo é coordenado por professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP). A equipe de coleta de dados será constituída por três mestrandas bolsistas do PPGSP, novos integrantes do ano 2019 do PPGSP, quatro doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) e por um bolsista de iniciação científica do Curso de Medicina. Em fevereiro de 2019, a equipe

passará por um treinamento para coletar os dados do estudo de forma padronizada e fidedigna.

5.8 Logística

A coleta dos dados será realizada nos meses de março e abril do ano de 2019, de segunda-feira a sexta-feira, em diferentes turnos de acordo com o funcionamento das escolas. Após a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa, serão localizadas todas as escolas na cidade de acordo com os dados do IBGE. Para as escolas públicas, será solicitada, primeiramente, a autorização da pesquisa na Secretaria de Educação do município, através do termo de autorização (apêndice 6), e o contato de seus diretores para organização da coleta. Para as escolas particulares, será solicitada a autorização diretamente com os diretores de cada escola, também com assinatura do termo de autorização, além da apresentação da pesquisa através de uma carta de apresentação. A partir da autorização das escolas, será organizado uma visita em cada turma de ensino médio a fim dos pesquisadores apresentarem a pesquisa e convidarem os alunos a participarem. Nesse momento, será entregue o manual de informações, o Termo de Assentimento - TA (apêndice 7) para os adolescentes e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 8) para o encaminhamento deste aos responsáveis.

Em um segundo momento, os alunos que tiverem o TA e o TCLE devidamente assinados, responderão os questionários autoaplicáveis através do Personal Digital Assistants (PDA). A aplicação dos questionários será realizada nas salas de aula, de forma coletiva e com a identificação individual de cada respondente, uma vez que será realizada devoluções individuais do resultado e possíveis encaminhamentos. Durante a aplicação dos questionários, a presença e a participação dos alunos no estudo serão verificadas através de uma lista de alunos matriculados de cada turma, fornecida pelos diretores das escolas. A partir dessa lista, poderá ser verificado se todos os alunos matriculados. Identificando a ausência de alunos na turma, será agendada uma nova visita, com a finalidade de contar alunos. Os alunos que negarem a participação da pesquisa serão considerados como recusas, e os estudantes que não forem encontrados em duas visitas à turma serão considerados como perdas.

Assim que os alunos terminarem de preencher o questionário, serão encaminhados a uma sala disponível na escola, onde serão medidas a pressão arterial, a composição corporal, o peso, a altura e a medida da circunferência abdominal de cada um. Para medir a pressão arterial será utilizado aparelho da marca Omron®, modelo 705-CP. A circunferência da cintura será medida por meio de fita métrica da marca Sanny®, com resolução em milímetros e extensão de 1,5 metro. A estatura, peso e composição corporal serão mensurados por aparelho de bioimpedância digital da marca Omron®, modelo HBF 514C, que suporta até 150 kg de peso. As técnicas empregadas para aferição dessas medidas seguirão os procedimentos padronizados pelo fabricante.

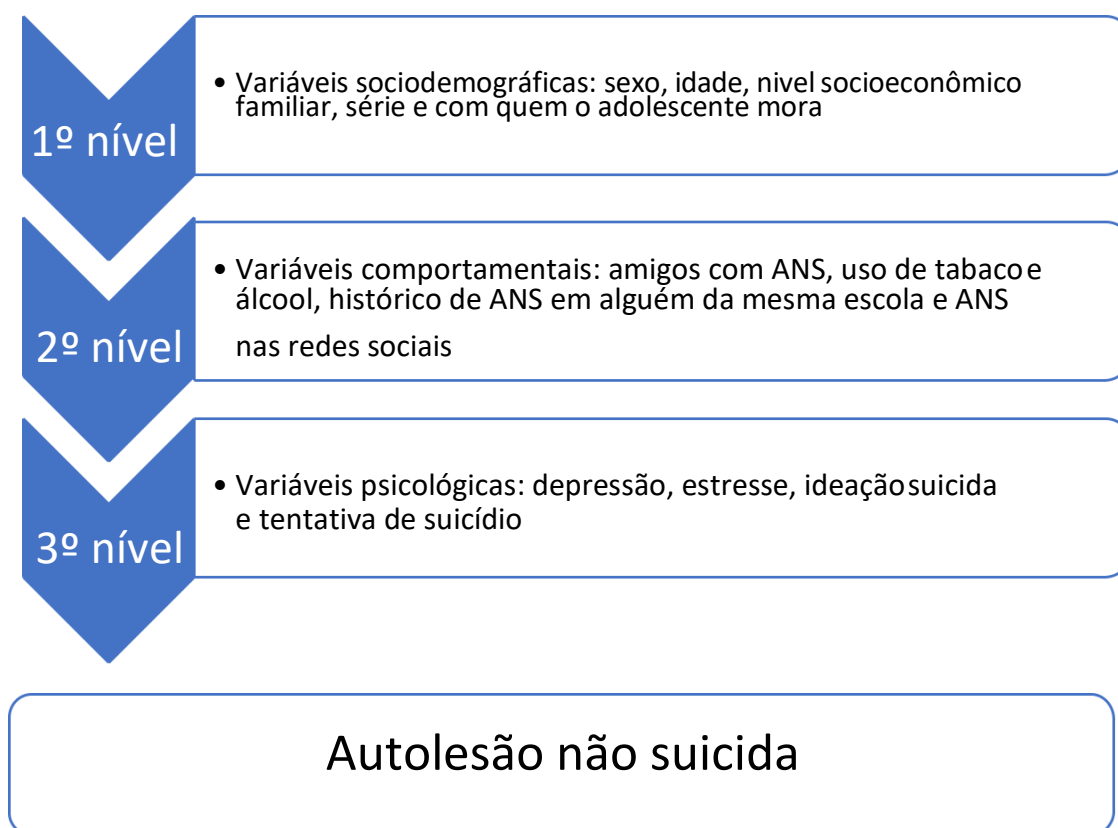
Os dados obtidos através dos questionários autoaplicáveis serão transportados para o Excel em formato digital, para posteriormente serem transportados e analisados no software estatístico Stata 14.0. Os dados obtidos das medidas de pressão arterial, circunferência abdominal e composição corporal serão tabulados numa planilha no Excel e transferidos para o Stata 14.0.

5.9 Processamento e análise de dados

Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico Stata 13.0 e será adotado o nível de significância de 5% (bicaudal). Pretende-se, primeiramente, realizar a análise descritiva para estimar a prevalência do desfecho, descrever as características da amostra e a função de ANS. A fim de analisar a associação entre a variável dependente e independentes, será realizada a análise bivariada. O Teste Qui Quadrado será utilizado para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas.

Para verificar as variáveis independentemente associadas ao desfecho, será feita a análise multivariada através da análise de regressão de Poisson. A análise multivariada será realizada com base no modelo conceitual hierarquizado por níveis (Figura 2) para controle das variáveis de confusão de um nível hierárquico igual ou superior. O método de seleção para as variáveis entrarem no modelo a ser utilizado é para trás (*backward*) e será considerado $p < 0,20$ para manter a variável no modelo.

Figura 2. Modelo Conceitual de Análise



6 ASPÉCTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução 466/12, este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG. Posteriormente, será realizado o contato com a Secretaria Estadual de Educação e com a direção das escolas participantes do estudo.

Antes de o questionário ser aplicado, os alunos receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e todos aqueles menores de 18 anos deverão assinar o Termo de Assentimento (TA), concordando ou não em participar do estudo, e seus responsáveis deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a referida participação. Os alunos maiores de 18 anos deverão assinar o TCLE. Em ambos os termos, serão fornecidas por escrito todas as informações necessárias sobre o estudo, como objetivo, riscos, benefícios e orientações sobre o acesso aos serviços de saúde.

disponíveis na cidade. Ressalta-se que a participação será voluntária e o estudante poderá interromper sua participação a qualquer momento sem justificativa. Será garantida a confiabilidade e sigilo dos dados, de modo que as informações dos participantes e da escola não serão divulgadas.

6.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que poderá acarretar desconforto durante o preenchimento dos questionários devido à investigação de temas pessoais. O estudo não oferece benefícios diretos para os participantes, mas seus resultados poderão contribuir para melhoria da atenção à saúde dos escolares do município e para intervenções específicas de promoção da saúde mental nas escolas. Será entregue um manual informativo para cada estudante com todas as instruções referentes à participação da pesquisa, além do retorno dos resultados para todas as escolas e participantes.

Os participantes que forem identificados com alguma necessidade em saúde serão encaminhados aos serviços de saúde adequados, no momento da devolução dos resultados individuais, sendo esses a Unidade Básica de Saúde de referência, Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), Clínica de Psicologia da Anhanguera e/ou à Clínica de Psicologia da FURG.

6.2 Explicação da responsabilidade do pesquisador e da instituição

Todos os envolvidos na pesquisa se responsabilizarão a cumprir as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. Em nenhuma hipótese serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone dos participantes.

Tendo em vista que a presente pesquisa irá avaliar autolesão e variáveis psicológicas, é de responsabilidade da pesquisadora fornecer aos participantes informações e encaminhamento aos serviços gratuitos de saúde mental oferecido à comunidade pela Clínica de Psicologia da FURG, Clínica da Psicologia da Anhanguera e CAPSi.

6.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será encerrada caso não haja outros participantes selecionados além daqueles já entrevistados. Em caso de suspensão ou de encerramento, os pesquisadores são responsáveis por comunicar o CEPAS-FURG, apresentando as justificativas que levaram à suspensão e/ou encerramento das atividades.

6.4 Infraestrutura dos locais de pesquisa

A instituição que realizará a pesquisa, FURG, dispõe da infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos neste estudo, no que diz respeito à equipe técnica e demais equipamentos.

6.5 Monitoramento da segurança dos dados

A validade dos questionários completados será verificada semanalmente e serão armazenados pelo período de cinco anos. Os dados referentes ao trabalho de campo ficarão arquivados em um computador, sob responsabilidade do responsável pelo estudo.

6.6 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa se tornarão públicos através de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados em periódicos científicos. Além disso, os resultados também serão apresentados para a imprensa local e para a Coordenadoria Regional de Ensino público e da Rede privada de Ensino do município de Rio Grande/RS.

7 ORÇAMENTO

A presente pesquisa está orçada em R\$ 8.950,00 (oito mil novecentos e cinquenta reais). O orçamento será destinado às despesas de custeio e de produtos permanentes necessários para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, inclui a aquisição dos seguintes materiais: software Endnote X8, Software Stata 15, tradução de artigos, medidor de pressão arterial, balança de bioimpedância elétrica, trena antropométrica e impressão dos termos de assentimento/consentimentos.

8 CRONOGRAMA

PERÍODO	2018												2019											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Revisão de Literatura				X	X	X	X	X																
Construção do projeto						X	X	X	X															
Qualificação do projeto										X														
Envio ao comitê de Ética											X													
Treinamento da equipe de pesquisa											X													
Estudo Piloto												X												
Coleta de dados												X	X											
Verificação e limpeza do banco de dados												X	X	X										
Análise e interpretação dos dados															X	X	X							
Elaboração da dissertação																	X	X	X	X				
Finalização do artigo																			X	X				
Sustentação da dissertação																						X		

9. REFERÊNCIAS

1. Alves CF, Dell'aglio DD. Apoio social e comportamentos de risco na adolescência. *Psico* 2015; 46: 65-175.
2. American Psychological Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association, Washington, 2013.
3. Andover MS. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry research* 2014; 219: 305-310.
4. Arcoverde RL , Soares LLC. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia Reflexão e Critica* 2012,5.2 :293-300.
5. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of Suicide Research* 2011; 15: 56-67.
6. Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, Pieters C, Wiersema JR, Griffith JW. The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: a longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2015, 9.
7. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* 2002; 78: 359-366.
8. Baiden P, Stewart SL, Fallon B. The mediating effect of depressive symptoms on the relationship between bullying victimization and non-suicidal self-injury among adolescents: Findings from community and inpatient mental health settings in Ontario, Canada. *Psychiatry research* 2017; 255: 238-47.
9. Baptista MN, Baptista ASD, Dias RR. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. Prof.* 2001; 21:11-13.
10. Barata CVB . A relação entre a ansiedade, depressão e stress e os comportamentos autolesivos e a ideação suicida nos adolescentes [Dissertação de Mestrado]. Coimbra: ISPA- Instituto Universitário, 2016.
11. Barborsa VS. A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2017.

12. Barreto Carvalho C, Motta C, Sousa M, Cabral J. Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2017;39: 252-262.
13. Bjärehed J, Wångby-Lundh M, Lundh LG. Nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents: Subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence* 2012; 22: 678-93.
14. Borschmann R, Hogg J, Phillips R, Moran P. Measuring self-harm in adults: A systematic review. *European Psychiatry* 2012; 27: 176-180.
15. Boscolo L, Bertrando P. *Terapia sistêmica individual: Manual prático na clínica.* Editora: Artesã, 2012.
16. Ministério da Saúde. *Criança e adolescentes: o que fazer para cuidar.* Brasília, 2013.
17. Brausch AM, Boone SD. Frequency of nonsuicidal self-injury in adolescents: Differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2015; 45: 612-22.
18. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19:20.
19. Caldas MT et al. Conduas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. *Psicol. estud.* 2009;;14: 575-582.
20. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema* 2015; 27:223-8.
21. Castro K, Kirchner T. Coping and psychopathological profile in nonsuicidal self-injurious Chilean adolescents. *Journal of clinical psychology* 2018; 74:147-60.
22. Catledge CB, Scharer K, Fuller S. Assessment and identification of deliberate self-harm in adolescents and young adults. *J Nurse Pract* 2012; 8: 299-305.
23. Cerqueira- Santos E, Mello Filho OC, Koller SH. Adolescentes e adolescências. 2014; 15-27. In Habigzang E, Schiro E, Koller SH (Orgs) *Trabalhando com Adolescentes.* 1ed. Porto Alegre: Artmed.
24. Completo JMPS. *A influência das funções intrapessoais e interpessoais na auto-injúria não suicida e na ideação suicida [Dissertação de mestrado].* Coimbra: ISPA - Instituto Universitário, 2014.

25. Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research* 2008; 12: 219-231.
26. Fliege H et al. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research* 2009; 66: 477-493.
27. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review* 2015; 42: 156-167.
28. Gandhi A, Luyckx K, Maitra S, Claes L. Non-suicidal self-injury and identity distress in Flemish adolescents: Exploring gender differences and mediational pathways. *Personality and Individual Differences* 2015; 82:215-20.
29. Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2015; 9.
30. Garreto AKR. O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação [Tese de Doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.
31. Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.
32. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2013; 42: 496-507.
33. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de saúde pública* 2013; 31: 204-213.
34. Guerry JD, Prinstein MJ. Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2009; 39: 77-89, 2009.
35. Heath NL, Baxter AL, Toste JR, McLouth R. Adolescents' willingness to access school-based support for nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of School Psychology* 2010;25:260-76.

36. Horváth OL, Meszaros G, Balazs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja= official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology* 2015; 17: 14-22.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2015. Riode Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.
38. International Society for the Study of Self-injury. What is self-injury?, 2018.
39. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 2007;11: 129-147.
40. Jorge JC, Queirós O, Saraiva J. Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida: Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica* 2015; 33: 207-219.
41. Kadziela-Olech H, Zak G, Kalinowska B, Wagrocka A, Perestret G, Bielawski M. The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatria polska*. 2015;49(4):765-78.
42. Keenan K, Hipwell AE, Stepp SD, Wroblewski K. Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Development and psychopathology*. 2014;26 :851-62.
43. Kiekens G, Bruffaerts R, Nock MK, Van de Ven M, Witteman C, Mortier P, et al. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2015;30(6):743-9.
44. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie*, 2014;59:565-568.
45. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine* 2011;1981-1986.
46. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics* 2011;127: 2010-2317.

47. Liang S, Yan J, Zhang T, Zhu C, Situ M, Du N, et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian journal of psychiatry* 2014;8 :76-83.
48. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2007; 37:1183-92.
49. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33: 335-34.
50. Lopes CS et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50.
51. Luyckx K, Gandhi A, Bijttebier P, Claes L. Non-suicidal self-injury in high school students: Associations with identity processes and statuses. *Journal of adolescence*, 2015;41:76-85.
52. Madge N et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry* 2011;499.
53. Marshall SK, Tilton-Weaver LC, Stattin H. Non-suicidal self-injury and depressive symptoms during middle adolescence: a longitudinal analysis. *Journal of youth and adolescence* 2013;42; 1234-42.
54. Martin G, Thomas H, Andrews T, Hasking P, Scott JG. Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. *Psychological medicine* 2015; 45:429-37.
55. MHL B, Skandsen A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health* 2012; 6: 147-15, 2012.
56. Miller AB et al. Reciprocal Associations between Adolescent Girls' Chronic Interpersonal Stress and Nonsuicidal Self-Injury: A Multi-wave Prospective Investigation. *Journal of Adolescent Health*, 2018.
57. Muehlenkamp Jennifer J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005; 752: 324-333.

58. Muehlenkamp JJ, Williams KL, Gutierrez PM, Claes C: Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Arch Suicide Res*, 2009, 13: 317-329.
59. Muehlenkamp, Jennifer J et al. "International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm" *Child and adolescent psychiatry and mental health* vol. 6 10. 30 Mar. 2012, doi:10.1186/1753-2000-6-10 – pagina 2 a 9
60. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ . Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 2006;144: 65-72.
61. Nock MK. Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology* 2010; 6 : 339–363.
62. Organização Mundial da Saúde. *Folha Informativa Saúde Mental dos adolescentes*. Brasil, 2018.
63. _____ . *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa, 2002.
64. Papalia DE, Feldman RD. *Desenvolvimento humano*. Editora: Artmed, 2013.
65. Patias ND, Machado WDL, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)-Short Form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, 2016; 21: 459-469.
66. Piletti N, Rossato S, Rossato G. *Psicologia do desenvolvimento*. Editora: Contexto, 2014.
67. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. . The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*,2015; 2: 2-11.
68. Plener PL, Fischer CJ, In-Albon T, Rollett B, Nixon MK, Groschwitz RC, et al. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013; 48 :1439-45.
69. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* 2018;115: 23.

70. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, Spirito A. Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of abnormal child psychology* 2010; 38: 669-682.
71. Raupp CS, Marin AH, Mosmann CP. Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica* 2018; 30: 287-308.
72. Ren Y, Lin MP, Liu YH, Zhang X, Wu JYW, Hu WH, et al. The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and nonsuicidal self-injury among Taiwanese adolescents. *Journal of clinical psychology*. 2018;74: 1246-57.
73. Rocha GA. Conduas autolesivas: uma leitura pela Teoria do Apego. *Revista Brasileira de Psicologia* 2015; 2: 2015 – 62-70.
74. Santos LCS, Faro A. Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicol. Pesq.* 2018;12:5-14.
75. Santos LCS. Conduas autolesivas e bullying em adolescentes de Sergipe [Dissertação de Mestrado]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2017.
76. Schneider ACN, Ramires VRR. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 2007; 26 : 95-108.
77. Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. E. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2012;3: 167–175
78. Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2015; 50 :1163-71.
79. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2012;42:266-78.
80. Steinberg L. Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science* 2007; 16 :55–59.
81. Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014; 44: 273-303.

82. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Academic pediatrics*. 2012;12(3):205-13.
83. Tang J, Li G, Chen B, Huang Z, Zhang Y, Chang H, et al. Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: Results from a nationwide survey in China. *Journal of affective disorders* 2018; 226:188-95.
84. Tang J, Ma Y, Guo Y, Ahmed NI, Yu Y, Wang J. Association of aggression and non-suicidal self injury: a school-based sample of adolescents. *PloS one*. 2013; 81: 78149.
85. Tang J, Yu Y, Wu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS one* 2011; 6: 17977.
86. Tang, Jie, et al. Stressful life events as a predictor for nonsuicidal self-injury in Southern Chinese adolescence: a cross-sectional study. *Medicine*, 2016; 95:9.
87. Tatnell R, Hasking P, Newman L, Taffe J, Martin G. Attachment, Emotion Regulation, Childhood Abuse and Assault: Examining Predictors of NSSI Among Adolescents. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2017; 21 :610-20.
88. Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2014; 63: 360-372.
89. Venosa VS. O Ato de Cortar-se: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.
90. Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non- Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS one* 2015;10: 131239.
91. Xavier AMJ. Experiências Emocionais Precoces e (des) Regulação Emocional: Implicações para os Comportamentos Autolesivos na Adolescência [Tese de Doutorado]. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2017.
92. You J, Leung F, Fu K, Lai CM. The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 2011;15:75-86.

93. You J, Lin MP, Xu S, Hu WS. Big Five personality traits in the occurrence and repetition of nonsuicidal self-injury among adolescents: The mediating effects of depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 2016;101: 227-231.
94. You, J., Zheng C., Lin, MP., & Leung, F. Peer group impulsivity moderated the individual-level relationship between depressive symptoms and adolescent nonsuicidal self-injury *Journal of adolescence* 2016;47:90-99, 2016.
95. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 2013;41:759-73.
96. Zetterqvist M, Lundh LG, Svedin CG. A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of youth and adolescence* 2013;42:1257-72.
97. Zetterqvist M, Svedin CG, Fredlund C, Priebe G, Wadsby M, Jonsson LS. Self-reported nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry research* 2018; 265: 309-16.
98. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2015; 9.
99. Zhang SC, Tao FB, Wu XY, Tao SM, Fang J. Low health literacy and psychological symptoms potentially increase the risks of non-suicidal self-injury in Chinese middle school students. *BMC psychiatry* 2016;16: 327.

10. Anexos

Anexo 1. Escala EDA-E

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A)				
Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas				
0 Não aconteceu comigo nessa semana				
1 Aconteceu comigo algumas vezes na semana				
2 Aconteceu comigo em boa parte da semana				
3 Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana				
1	Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2 3
2	Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2 3
3	Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2 3
4	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2 3
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2 3
6	Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2 3
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2 3
8	Eu senti que estava bastante nervoso(a)	0	1	2 3
9	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobó(a)	0	1	2 3
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2 3
11	Notei que estava ficando agitado(a)	0	1	2 3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2 3
13	Eu me senti abatido(a) e triste	0	1	2 3
14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2 3
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2 3
16	Não consegui me empolgar com nada	0	1	2 3
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2 3
18	Eu senti que eu estava muito irritado(a)	0	1	2 3
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2 3
20	Eu me senti assustado(a) sem ter motivo	0	1	2 3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2 3

Anexo 2. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

11. Apêndices

Apêndice 1. Autolesão não suicida

ALGUMA VEZ NA VIDA, você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?

- (0) Não
- (1) Sim

NO ÚLTIMO ANO (ÚLTIMOS 12 MESES) você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?

- (0) Não
- (1) Sim

SE SIM, QUANTOS DIAS dias isso aconteceu no último ano?

- (0) nenhum
- (1) 1 dia
- (2) 2 a 4 dias
- (3) 5 dias ou mais

SE SIM, QUANTAS VEZES?

- (0) 1 a 4 vezes
- (1) 5 a 10 vezes
- (2) mais de 11 vezes

Apêndice 2. Funções e consequências da Autolesão não suicida

Nos dias que você se agrediu, foi por alguma das razões listadas abaixo?

- (0) Obter alívio para um sentimento negativo
- (1) Resolver uma dificuldade interpessoal
- (2) Induzir um estado de sentimento positivo
- (3) Nenhuma das alternativas anteriores

Esse comportamento te causa ou causou algum tipo de sofrimento ou prejudicou seu cotidiano?

- (0) Não
- (1) Sim
- (3) Não sei

Apêndice 3. Amigos com autolesão não suicida

Você possui algum amigo que já se machucou de propósito, como por exemplo: um amigo que já se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente?

(0) Não

(1) Sim

Apêndice 4 . Histórico de autolesão não suicida na escola

E na sua escola, tem alguém que fez ou faz esse comportamento?

(0) Não

(1) Sim

Apêndice 5. Autolesão não suicida nas redes sociais

Dentre as redes sociais que você utiliza , já viu alguma postagem fazendo referência ou mostrando alguém se machucando de propósito sem intenção de se matar?

(0) Não

(1) Sim

Apêndice 6. Termo de autorização nas escolas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE – FURG FACULDADE DE
MEDICINA – FAMED

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – PPGSP
AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NAS ESCOLAS

Ilma. Sra.

Janete Cardoso Pinto
Coordenadora da 18ª Coordenadoria Regional de Educação (CRE)

Venho, por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Perfil de saúde dos estudantes de ensino médio da rede pública e particular de Rio Grande, RS, Brasil”. Este estudo tem como objetivo investigar a saúde de estudantes do ensino médio de Rio Grande, RS, Brasil, com vistas a conhecer suas características e necessidades. Para tanto, pretende-se realizar um censo, com todos os escolares do município, que conta com 22 escolas (públicas e privadas) e cerca de 6.000 alunos matriculados no ensino médio. Serão investigados os seguintes aspectos: dados sociodemográficos, alimentação, atividade física, comportamento sedentário, acidentes e violências, doenças crônicas, saúde bucal, sono, sintomas depressivos, imagem corporal, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Além da aplicação do questionário, pretende-se ainda, medir peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e composição corporal dos estudantes para rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis. Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Samuel de Carvalho Dumith
Coordenador do projeto

Janete Cardoso Pinto
Coordenadora da 18ª CRE



CEPAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande Hospital Universitário - Centro - Rio Grande, RS.
E-mail: cepas@furg.br Telefone: 32374652 Homepage: www.cepas.furg.br

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith - Telefone: (53) 98119-6567 E-mail: scdumith@yahoo.com.br

Prezado (a) estudante, você está sendo convidado (a) para participar do estudo **Perfil de saúde dos estudantes de ensino médio da rede pública e particular de Rio Grande, RS, Brasil** que tem como objetivo de investigar indicadores de saúde de estudantes do ensino médio de Rio Grande, RS, Brasil. Para tanto, será realizada uma aplicação de um questionário na sala de aula sobre a sua saúde, com todos os estudantes de ensino médio das 22 escolas da rede pública e privada de ensino, regularmente matriculados nas escolas de Rio Grande, RS, no ano de 2019.

Os dados serão coletados utilizando-se de questionários com perguntas sobre a sua saúde e serão aferidos a sua pressão arterial e sua composição corporal, por voluntários capacitados e treinados. Estas medidas serão realizadas na própria escola, em outra sala ou num ambiente propício para este fim, e as técnicas empregadas seguirão procedimentos padronizados pelo fabricante.

Seu nome, assim como de seus colegas que também participarem do estudo não serão divulgados, somente a equipe da pesquisa terá acesso, sendo garantido o sigilo. O sigilo somente será quebrado em casos de risco para si ou para outros. O material coletado (questionário e medidas) ficará disponível para sua consulta e de seus pais ou responsáveis em qualquer momento, sendo guardado sob a responsabilidade dos pesquisadores.

Sua participação será voluntária e você tem a possibilidade de deixar de responder o questionário ou de efetuar as medidas a qualquer momento. Caso você, mesmo com o consentimento seus pais ou responsáveis, se recuse a participar do estudo ou de uma parte dele, sua vontade será respeitada.

Destaca-se que a pesquisa não oferece riscos à saúde do escolar, mas pode suscitar desconforto, por parte do aluno, em alguma questão investigada ou até mesmona aferição das medidas. Quando for identificada alguma necessidade em saúde do participante será oferecido encaminhamento aos serviços disponíveis.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo financeiro a você ou

aos seus pais ou responsáveis. Também não haverá nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. Caso haja qualquer despesa adicional ela será de responsabilidade dos pesquisadores. Havendo qualquer dúvida você ou seus pais ou responsáveis poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (53) 3237-4641.

Eu

aceito livremente participar como sujeito da pesquisa intitulada **Perfil de saúde dos estudantes de ensino médio da rede pública e particular de Rio Grande, RS, Brasil**. Confirmando que ficou claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.

Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda e a outra será arquivada na instituição responsável pela pesquisa.

Local e data : _____

Assinatura do estudante: _____

Assinatura do responsável: _____

Contato: _____

Apêndice 8. Termo de consentimento livre e esclarecido



C E P A S COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande Hospital Universitário - Centro - Rio Grande, RS. E-mail: cepas@furg.br Telefone: 32374652 Homepage: www.cepas.furg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Medicina – FURG – PPGSP

Responsável: Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith - Telefone: (53) 98119-6567 E-mail: scdumith@yahoo.com.br

Prezados(a) responsável/ cuidador, você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa que será desenvolvida sob a supervisão do pesquisador responsável Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith, intitulada: Perfil de saúde dos estudantes de ensino médio da rede pública e particular de Rio Grande, RS, Brasil. Esta pesquisa tem por objetivo geral investigar indicadores de saúde de estudantes do ensino médio de Rio Grande, RS, Brasil. Já os específicos consistem em: (1) estimar a prevalência de fatores de risco e de proteção à saúde de estudantes de escolas públicas e privadas de Rio Grande; (2) comparar as características de saúde entre estudantes de escolas públicas e privadas; (3) mensurar peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e composição corporal dos estudantes.

Para atingir os objetivos propostos, a coleta de dados será realizada junto a estudantes de ensino médio vinculadas a 22 escolas da rede pública e privada de ensino, regularmente matriculados nas escolas de Rio Grande, RS, no ano de 2019. Os dados serão coletados utilizando-se de questionários com perguntas sobre a sua saúde e serão aferidos a sua pressão arterial e sua composição corporal, por voluntários capacitados e treinados. Estas medidas serão realizadas na própria escola, em outra sala ou num ambiente propício para este fim, e as técnicas empregadas seguirão procedimentos padronizados pelo fabricante. Será disponibilizado um manual com todas informações sobre a pesquisa.

A participação será voluntária e o estudante tem a possibilidade de deixar de responder o questionário ou de efetuar as medidas a qualquer momento. As informações dos estudantes são sigilosas e não serão divulgadas.

A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo financeiro a você ou aos seus pais ou responsáveis. Também não haverá nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. Caso haja qualquer despesa adicional ela será

de responsabilidade dos pesquisadores. Havendo qualquer dúvida você ou seus pais ou responsáveis poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (53) 3237-4641.

Destaca-se que a pesquisa não oferece riscos à saúde do escolar, mas pode suscitar desconforto, por parte do aluno, em alguma questão investigada ou até mesmo na aferição das medidas. Quando for identificada alguma necessidade em saúde do participante, será oferecido encaminhamento aos serviços disponíveis.


Os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. Após a finalização do estudo será entregue um relatório a direção da sua escola contendo os principais resultados do estudo. Estas informações poderão auxiliar no planejamento de melhorias da atenção à saúde dos estudantes.

Eu _____
aceito livremente participar como sujeito da pesquisa intitulada **Perfil de saúde dos estudantes de ensino médio da rede pública e particular de Rio Grande, RS, Brasil**. Confirmando que ficou claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo. Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda e a outra será arquivada na instituição responsável pela pesquisa.

Local e data : _____

Assinatura do entrevistado _____

Contato: _____



Samuel de Carvalho Dumith Assinatura do pesquisador

2. RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

O presente estudo foi coordenado pelo Prof. Dr. Samuel de Carvalho Dumith. A equipe de coleta foi formada por uma supervisora de campo com pós-doutorado, duas alunas mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) e por um aluno de graduação licenciatura em Educação Física da FURG.

Inicialmente, o campo estava previsto para o mês de fevereiro de 2019, com a realização do estudo piloto no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) - Campus Rio Grande, enquanto que o início da pesquisa de censo com os escolares do ensino médio da cidade de Rio Grande/RS estava prevista para o mês de março de 2019.

Contudo, devido a imprevistos que inviabilizaram a realização do censo (descritos na página 73), as coletas tiveram início no final do mês de agosto de 2019 (30/08/2019 e foram finalizadas no dia 09/09/2019. Este período incluiu o primeiro contato com as turmas para a apresentação da pesquisa e a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o retorno no IFRS para recolhimento dos TCLE e o chamamento para a coleta dos dados que ocorreu do dia 03/09/2019 ao dia 09/09/2019, com a aplicação dos questionários aos estudantes. É importante salientar que a pesquisa foi divulgada por meio de cartazes e no site do IFRS.

O presente estudo foi realizado com todos os estudantes do IFRS regularmente matriculados no segundo semestre de 2019 do campus de Rio Grande/RS. A equipe de coleta ficou em campo das 7h30 às 18h durante todos os dias de coleta. Neste período, os pesquisadores aplicaram os questionários aos alunos durante as aulas de educação física, que gentilmente foram disponibilizadas pelas professoras de Educação Física do IFRS.

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis, onde foram investigadas variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, além de perguntas sobre os assuntos específicos de cada tema de pesquisa dos mestrandos e do aluno de graduação. Dentre os assuntos mais específicos, foram abordados: uso de redes sociais, aulas de educação física, atividade física, alimentação, tabagismo, álcool, drogas,

autolesão, cyberbullying, bullying, imagem corporal, suporte social, depressão, ansiedade e estresse.

Uma vez que eram identificados alunos ausentes durante a aplicação do questionário no primeiro dia, era realizada busca ativa no próximo dia da aula de educação física da mesma semana para verificar a possibilidade de participação na pesquisa. O controle dos respondentes, faltantes, recusas e perdas foram monitorados durante toda a coleta de dados. Após o período de coleta, os dados foram duplamente digitados no EpiData e as inconsistências de digitação foram resolvidas.

Cabe salientar que o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - FURG, o qual foi aprovado sob o parecer nº 157/2018. Mesmo com todas as alterações em relação ao projeto inicial, a realização do presente estudo permitiu que os alunos envolvidos pudessem vivenciar todas as etapas de um trabalho de campo.

3. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL

3.1 METODOLOGIA

A pesquisa estava prevista para começar no mês de março de 2019 e seria um censo com adolescentes matriculados no ensino médio de todas as escolas públicas e privadas da cidade de Rio Grande, RS. A execução do projeto inicial envolvia a coleta de dados através de smartphones disponibilizados pelo IBGE. Entretanto, a entrega do material não ocorreu dentro do cronograma estipulado, sendo que até o mês de agosto ainda não havia acontecido a entrega do material, assim como não havia previsão de quando seria. Diante do demasiado atraso e do prazo estabelecido pelo PPG/SP algumas providências foram tomadas.

O grupo decidiu por realizar a pesquisa de maneira reduzida envolvendo apenas o Instituto Federal de Ensino do Rio Grande do Sul- RS (IFRS), bem como optou por utilizar questionários autoaplicados em papel. A população alvo foi composta por todos os alunos matriculados no ensino médio da instituição durante o segundo semestre de 2019. A coleta de dados foi realizada durante as aulas de Educação Física, tendo como equipe uma supervisora, duas mestrandas e um graduando de Educação Física, e os dados foram duplamente digitados no EpiData.

3.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Devido à modificação do estudo, foram retiradas as seguintes variáveis independentes que estavam inicialmente no projeto: nível econômico familiar, tipo de escola, uso de álcool e tabaco, tentativa de suicídio e ideação suicida. Ao invés de utilizar o nível econômico familiar pela renda, substituiu-se por verificar o índice de bens, já que adolescentes poderiam não ter conhecimento sobre a renda familiar. Como a pesquisa foi realizada em somente um tipo de escola (pública federal), não foi preciso incluir tal variável. As variáveis tentativas de suicídio e ideação suicida foram transformadas somente em uma variável de risco de suicídio. Além disso, com as mudanças na forma de coleta e o reduzido número no quadro de pesquisadores, o questionário geral foi modificado e novas variáveis foram incluídas. Foram acrescentadas as seguintes variáveis: cor da pele, índice de bens, vítima de bullying nos últimos 30 dias, satisfação corporal, risco de suicídio e sintomas de ansiedade (sendo avaliada de maneira conjunta com os sintomas de depressão e estresse). Além disso, algumas variáveis que já estavam no projeto inicial foram operacionalizadas de forma diferente, sendo elas: idade,

sintomas de depressão e estresse. Devido à inclusão dessas novas variáveis, optou-se por não utilizar a variável de uso de álcool e tabaco.

3.2.1 Variáveis independentes que tiveram sua operacionalização modificada:

A idade seria operacionalizada de maneira numérica, mas foi categorizada em 14 e 15 anos; 16 e 17 anos; 18, tornando-se categórica ordinal, para se ter um melhor ajuste na análise.

Os sintomas de depressão e estresse seriam analisados de forma separada, já que o instrumento utilizado permite tal análise. Entretanto, com o acréscimo da variável sintomas ansiosos, optou-se por analisar os sintomas de depressão, estresse e ansiedade de maneira conjunta, na forma de escore. Ressalta-se que o instrumento utilizado é o mesmo proposto inicialmente para verificar esses sintomas e permite a avaliação deles tanto separadamente como em conjunto.

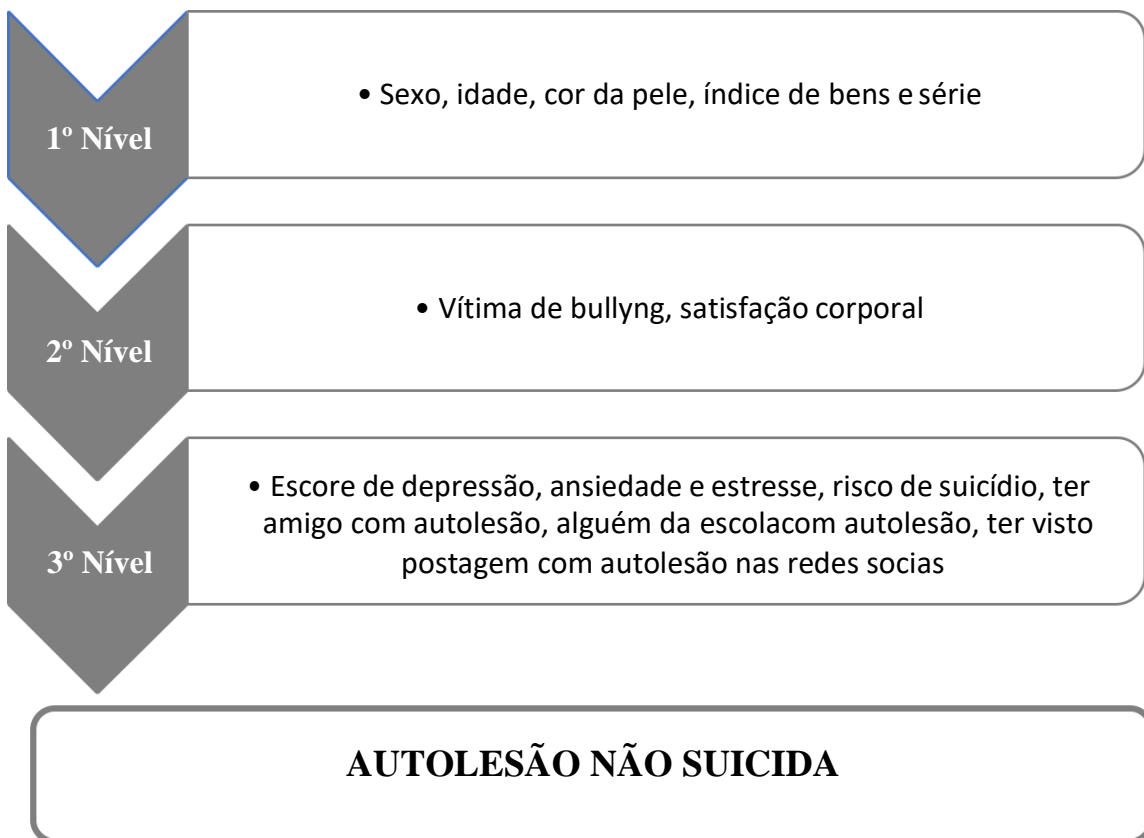
3.2.2 Variáveis independentes acrescentadas, formas de coleta e operacionalização:

Índice de bens	Referida	Tercis: mais pobres, intermediários e mais ricos	Categórica ordinal
Vítima de bullying nos últimos 30 dias	Referida	Sim e não	Dicotômica
Satisfação corporal	Referida	Sim e não	Dicotômica
Risco de Suicídio	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview – versão brasileira</i>	Sim e não	Dicotômica
Sintomas ansiosos	EDAE- A	Escore total dos sintomas ansiosos, depressão e estresse	Numérica

3.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Devido às mudanças das variáveis independentes, modificou-se o modelo conceitual de análise, que se encontra a seguir (Figura 1):

Figura 1. Modelo conceitual de análise



4 CRONOGRAMA

O cronograma de 2019 sofreu alterações, estendendo-se ao início de 2020:

2019													2020	
ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Revisão de Literatura			X	X	X	X				X	X	X		
Treinamento da equipe de pesquisa								X						
Estudo Piloto								X		X				
Coleta de dados								X	X					
Dupla digitação dos dados Verificação e limpeza do banco de dados										X				
Análise e interpretação dos dados											X			
Elaboração da dissertação											X	X		
Finalização do artigo												X	X	
Sustentação da dissertação														X

4. NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

BRAZILIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Scope and policy

The *Brazilian Journal of Psychiatry* is a bimonthly publication that aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, including public health, clinical epidemiology, basic science, and mental health problems. The journal is fully open access, and there are no article processing or publication fees. Articles must be written in English.

These instructions were written based on the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, edited by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). The original document is available at <http://www.icmje.org/>.

Advertising

Commercial advertisements are accepted for analysis but will not be juxtaposed with editorial content. The Editors and ABP reserve the right to refuse any print and online advertisements that will be considered inappropriate or that do not comply with existing regulatory standards.

Submitting your manuscript

The first time you use the manuscript submission site of the Brazilian Journal of Psychiatry at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>, you will be asked to create an account. You will use the same username and password for author and reviewer functions. You may log into the system at any time to submit a manuscript or to check on the status of previously submitted manuscripts. To submit a manuscript, select

Author and click on Begin Submission. The manuscript submission process includes 7 steps that gather information about your manuscript and allow you to upload the pertinent files (cover letter, manuscript text, tables, figures, and related material).

Step 1: Manuscript type, title and abstract

First choose the type of manuscript you wish to submit. You may choose between Original Article, Brief Communication, Review Article, Special Article, Editorial or Letter to the Editors. Manuscripts must be written in English. The table below shows the maximum number of words, references and tables/figures for each manuscript type.

Manuscript type	Main text words	Abstract words	References	Tables + figures
Original Articles	5000	Structured, 200	40	6
Review Articles	6000	Structured, 200	Unlimited	6
Brief Communications	1500	Structured, 200	15	2
Special Articles	6000	Unstructured, 200	Unlimited	6
Letters to the Editors	500	No abstract	5	1
Editorials	900	No abstract	5	1

- Original articles: These should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions.
- Review articles: These should be systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process should be described in detail, according to PRISMA or other appropriate guidelines.
- Brief communications: Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance.

- Special articles: Special articles address specific current topics relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. These should be non-systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors.
- Letters to the Editors: Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal (maximum of four authors).
- Editorials: Critical and in-depth commentary invited by the Editors or written by a person with known expertise in the topic.

Title: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the title from the manuscript file. Make sure there are no line breaks in the title. Titles should be concise (max. 50 words), specific, and informative. Avoid using abbreviations. Abstract: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the abstract from the manuscript file. If submitting a structured abstract, add a line space between each section.

Step 2: File upload

Click the Select File... button to view a directory of your computer. Navigate to where your files are stored. Submit the manuscript file (Article File) preferably in Word format. Your manuscript will be converted to a PDF during the submission process. Do not include line numbers as these will be added to your manuscript during the PDF conversion process.

Step 3: Attributes

You will be asked to list 1 to 5 keywords that describe the main topics of your manuscript. Please use MeSH terms only.

Step 4: Authors & Institutions

List all authors by full name: First Name (Given) and Last Name (Family or Surname). You will also be asked to indicate authors' institutions and a valid e-mail address for each author. Note that all communications concerning manuscript submissions and

authorship forms are done through e-mail. An ORCID iD has to be informed for the submitting author (coauthors optional). Review author list and confirm authorship order. Postal/mail address and telephone number for the corresponding author should be included only in the title page (see below).

Step 5: Reviewers

You will be asked to indicate 5 potential reviewers for your manuscript. These should be researchers who have a publication record, clinical or research experience in the topic of your manuscript. Inform first and last name, e-mail address and institution. Suggested reviewers should not be from the same institution or research group as authors. Also, we advise against indicating collaborators from previous publications among suggested reviewers. Editors will consider your suggestions at their discretion. If you wish, you may also oppose specific reviewers for your manuscript.

Step 6: Details & Comments

Write a cover letter to the Editors explaining the nature of your article and why the authors believe the manuscript should be published by the Brazilian Journal of Psychiatry. Make sure to mention whether the authors have published or submitted any related papers from the same study elsewhere. You may choose to upload a file or write

the cover letter in the designated box.

In this step, you will also be required to inform the following:

- Funding: When applicable, disclose information regarding funding agency and grant/award number.
- Number of words and references
- Conflict of Interest: Each author's conflicts of interest and financial disclosures, including declarations of no financial interest, must be included in this form. If the manuscript is accepted for publication, authors will be required to sign an Author Agreement form, which will be mailed directly to the corresponding author.

Step 7: Review & Submit

Carefully review each step of your submission. The system will point with a red X whether there are any incomplete parts. Once you are ready, click on the View Proof buttons to

view the individual and/or merged HTML and PDF files created, as well as the MEDLINE proof. You will be asked to review and approve the PDF of your article files to ensure that you are satisfied with how your manuscript is displayed for editors and reviewers. Confirm that your manuscript information is complete and correct any errors. When you are satisfied that the submission is complete, click the Submit button. We will not begin the editorial review process until this final step is completed.

Manuscript preparation

Title page: Page 1 should contain full title, authors' names, their departments and institutions, including the city and country of origin. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces). The full name, telephone number, fax number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Abstract: Page 2 should present a structured abstract (not exceeding 200 words) with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusion (check table with abstract requirements for each manuscript type, above). Please indicate three to five keywords in strict accordance with Medical Subject Headings. Do not include an abstract in Portuguese or any language other than English. If applicable, inform the clinical trial registration number at the end of the abstract (see below).

Clinical Trial Registration: The *Brazilian Journal of Psychiatry* supports the clinical trial registration policies of the World Health Organization (WHO) and the ICMJE, recognizing the importance of such initiatives for the registration and disclosure of trial results to the international community through open access. According to this recommendation and to the BIREME/OPAS/OMS guidelines for journals indexed in the LILACS and SciELO databases, the *Brazilian Journal of Psychiatry* will only accept for publication clinical

trials that have been registered in Clinical Trials Registries that meet the WHO and ICMJE requirements.

Main text: The manuscript file (main text) must be written in English, double-spaced throughout, and should contain the following items in this order: title page, abstract, manuscript text, acknowledgment section, references, figure legends, and tables. Use 10-, 11-, or 12-point font size. All terms or abbreviations should be spelled out at first mention in the text and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals.

The Methods section should include information on ethics committee approval and informed consent procedures, as well as compliance with institutional and national standards for the care and use of laboratory animals, where applicable.

Reference list: Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citation. Number references in the order they appear in the text; do not alphabetize. In text, tables, and legends, identify references with superscript Arabic numerals. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the first citation of the table/figure in the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by "Forthcoming" and the expected year of publication. Information from manuscripts not yet accepted should be cited only in the text as personal communication. Reference accuracy is the responsibility of the authors. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus.

Examples:

- Journal article: Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry*. 2013;35:51-6.

List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al."

- Book: Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- Book chapter: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- Theses and dissertations: Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety- like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tables: Tables should be submitted preferably in Word format, but Excel files are also accepted. If using Excel, do not place tables on individual spreadsheets within the same file because only the first sheet will be converted. Whenever possible, tables should be appended to the end of the manuscript text file (after any figure legends) instead of being uploaded as separate files. All figures/tables should clarify/complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. All tables and figures should include descriptive legends, and abbreviations should be defined. Any tables or figures extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Figures: Acceptable figure file formats are AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF, and XLS. Figures can be included in the manuscript, but preferably should be uploaded as separate files. If your manuscript is accepted, you may be asked to provide high-resolution, uncompressed TIF files.

Online-only supplementary material: Online-only material should be submitted in a single Word document with pages numbered consecutively. Each element included in the online-only material should be cited in the text of the main manuscript (e.g., Table S1 available as online-only supplementary material) and numbered in order of citation in the text (e.g., Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, Supplementary Methods). The first page of the online-only document should list the number and title of each element included in the document.

If you need additional help, you can click on the help signs that appear throughout the system. A help dialogue box will pop up with context-sensitive help. If you have questions or problems with your submission, please contact the editorial office by e-mail at editorial@abp.org.br.

Checking manuscript status

After you approve your manuscript, you are finished with the submission process. To check the status of your manuscript throughout the editorial review process:

1. Log into the system with your username and password.
2. Select the Author Dashboard on your Home Page.
3. Select Submitted Manuscripts or another category and check manuscript status

Review process

The manuscript submission and editorial review process is as follows:

1. An author submits a manuscript.
2. The manuscript is verified by the editorial office, screened for plagiarism using a built-in tool available in the submission system, and then assigned to an editor.
3. The editor reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities, usually either to send the manuscript to peer reviewers or to reject the manuscript at that point so that the author can submit it to another journal. The selection of manuscripts for publication is based on their originality,

relevance of the topic, methodological quality, and compliance with these instructions.

4. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by at least two anonymous external referees selected by the editors. For those manuscripts sent to peer reviewers, the editors make a decision based on editorial priorities, manuscript quality, reviewer recommendations, and perhaps discussion with fellow editors. At this point, the decision is usually to request a revised manuscript, reject the manuscript, or

provisionally accept the manuscript.

5. The decision letter is sent to the author.

6. Revised manuscripts are sent back to reviewers for reassessment. Based on the reviewers' comments, the editors make the final decision, which may be to request a new revision, reject or accept the manuscript.

If you cannot submit online for any reason or have other questions about manuscript submission, please contact the editorial office at editorial@abp.org.br.

Whenever an editor or other person involved in the editorial process decides to submit a manuscript to the journal, or has any conflict of interest with a submitted manuscript (e.g., with respect to the authors or their work, or a manuscript from their own department or institution, etc.), they will not participate in the decision-making process. In these cases, a colleague in the editorial office will manage the manuscript and handle the peer review independently of the author/editor.

Corrections and retractions

Errors of fact detected after publication will be handled as recommended by the ICMJE (<http://www.icmje.org/>). Briefly, a corrigendum will be published, along with a corrected version of the article detailing the corrections made (the original version will indicate the existence of a more recent, corrected version). Articles containing errors serious enough to invalidate a paper's results and conclusions will be retracted.

5. ARTIGO

**PREVALÊNCIA DE AUTOLESÃO NÃO SUICIDA E FATORES ASSOCIADOS
EM ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS**

Jéssica Rodrigues Gomes¹ - je.rodrigues@hotmail.com

Mariana da Lima Corrêa² - mariana_lima_correa@hotmail.com

Simone dos Santos Paludo¹ - simonepaludo@yahoo.com.br

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Av. Itália km 8/Campus Carreiros/Ed. Psicologia 35, Carreiros. 96201-900 Rio Grande RS Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Rua Marechal Deodoro, 1.160, Centro. 96020220 Pelotas RS Brasil.

Resumo:

Objetivo: Estimar a prevalência e fatores associados a autolesão não suicida (ANS) no último ano em adolescentes estudantes do ensino médio em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal quantitativo com 517 adolescentes estudantes do ensino médio de uma escola federal. A ANS foi avaliada utilizando o critério A adotado pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5), o qual avalia se ocorreu o desfecho em 5 dias ou mais no último ano. Também foi utilizada a Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS -21) para avaliar sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e multivariável, com uso de Regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência geral de ANS foi de 8,7% no último ano. As variáveis independentes associadas ao desfecho foram: menor índice de bens, série inicial do ensino médio, ter risco de suicídio e sintomas depressivos. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de mais estudos na área para a identificação do panorama nacional. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental específicas para os adolescentes deve ser incentivado, uma vez que a ANS também está associada aos sintomas depressivos e risco de suicídio.

Palavras-chave: autolesão, saúde mental, saúde do adolescente, comportamento autodestrutivo

Introdução

A autolesão não suicida (ANS) caracteriza-se como o comportamento repetido do indivíduo em realizar intencionalmente lesões superficiais em seu próprio corpo sem objetivo de suicídio¹ sendo essa sua característica primordial. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), a caracterização da ANS se dá de acordo com o número de dias nos quais a pessoa cometeu a lesão nos últimos doze meses, necessitando ser igual ou maior do que cinco dias para caracterizar a ANS¹. Assim, um episódio de autolesão é caracterizado quando o indivíduo comete lesões em seu próprio corpo durante cinco dias ou mais no intervalo de doze meses. As lesões provocadas tendem a causar um dano físico leve a moderado, e as mais comuns são cortar, queimar e arranhar a pele¹. É geralmente associada a outros quadros em saúde mental, como sintomas depressivos^{2,3} e risco de suicídio¹.

O comportamento de autolesionar-se tem início na adolescência¹, permanecendo mais frequente durante essa faixa etária^{4,5} e podendo durar por muitos anos¹. Estima-se que 55% dos adolescentes já tiveram pelo menos um episódio de autolesão no último ano⁶, enquanto somente 5,5% dos adultos apresentam esse comportamento⁷. É mais frequente nos adolescentes do sexo feminino³, que estão em séries iniciais², que tiveram eventos estressores ao longo da vida⁸, com maior estresse percebido⁹ e naqueles que possuem amigos com ANS¹⁰. Sabe-se que a adolescência é um período em que ocorrem importantes transformações cognitivas, físicas e psicossociais¹¹, caracterizando-se como uma etapa de grande vulnerabilidade para comportamentos de risco¹¹ e sintomas psiquiátricos¹². De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), as condições de saúde mental representam cerca de 16% da carga global de doenças em adolescentes¹².

De modo geral, lidar com pessoas que se autolesionam é um desafio para os profissionais de saúde e para os professores¹³. Dadas as consequências preocupantes para saúde física e

psicológica que o comportamento acarreta ao indivíduo e às pessoas ao seu redor, assim como a sua alta ocorrência, é possível considerar a autolesão como um problema de saúde pública¹³. Os casos de autolesão, muitas vezes, não chegam aos relatórios dos serviços de saúde e, dessa forma, podem ser subnotificados¹⁴. Estima-se que a maioria dos adolescentes que praticam autolesão não buscam atendimento clínico e que somente 16% recebem auxílio psicológico adequado¹⁵.

Apesar de ser um tema emergente e mundialmente estudado, ainda há uma carência de pesquisas no Brasil, resultando em um desconhecimento sobre a problemática no contexto brasileiro. Os raros estudos nacionais sobre a ANS possuem abordagem qualitativa¹⁶⁻¹⁸ ou são com população clínica^{19,20}. Verificou-se a existência de somente um estudo quantitativo até o momento, no qual observou-se uma prevalência de 9,4% entre adolescentes escolares, a partir do critério diagnóstico A do DSM 5²¹. Tal estudo foi exploratório, não investigando fatores associados ao desfecho, e teve uma amostragem de conveniência. Destaca-se, então, que o presente estudo é uma das poucas pesquisas quantitativas sobre o tema. Diante do exposto, torna-se pertinente estudar a problemática no contexto brasileiro, sobretudo na fase da adolescência, contribuindo para o avanço científico sobre o tema e no desenvolvimento de políticas de saúde mental direcionadas a essa faixa etária.

Assim, objetivou-se estimar a prevalência de autolesão não suicida no último ano em adolescentes do ensino médio na cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul, assim como seus fatores associados.

Método

Delineamento e participantes

Estudo transversal realizado com adolescentes estudantes do ensino médio do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), uma escola pública federal na cidade do Rio Grande (RS, Brasil), no ano de 2019. O presente estudo faz parte de uma pesquisa

maior que investigou as condições de saúde dos escolares do ensino médio. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, Rio Grande possuía uma população estimada de 210.005 habitantes e foram realizadas 6.946 matrículas no ensino médio nas redes de ensino pública e privada²².

O IFRS é uma escola de ensino médio técnico profissionalizante que possui duração de 4 anos. Havia 31 turmas decorrentes de 5 cursos profissionalizantes, a listagem de todas as turmas foi obtida através da coordenação da escola. Foram incluídos todos os alunos regularmente matriculados no IFRS durante o segundo semestre de 2019 e que aceitaram participar da pesquisa com os termos de assentimento e consentimento devidamente assinados. Foram excluídos os estudantes desistentes, infrequentes, alunos com trancamento de matrícula e /ou incapacidade do estudante em responder o questionário por motivos físicos e /ou cognitivos. O número de estudantes no ensino médio foi de 718 matriculados, destes haviam 84 desistentes do curso. Assim, totalizando 634 estudantes elegíveis.

Coleta de dados, logística e instrumentos

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2019, de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde durante as aulas de educação física. Inicialmente, durante dois dias, os alunos de cada turma foram convidados a participar da pesquisa e entregou-se os termos de consentimento e assentimento para serem assinados. Com o objetivo de minimizar as perdas, cada turma foi abordada duas vezes para identificar os faltantes e entregar novamente os termos, se necessário. Os alunos que não foram encontrados nessas duas visitas às turmas foram considerados como perdas. Posteriormente, os alunos que aceitaram participar e que estavam com os termos assinados responderam a um questionário auto aplicado. O questionário foi composto por blocos de perguntas gerais (variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais

e sobre a vida acadêmica) e blocos de questões específicas de saúde mental. Além disso, os alunos também realizaram medidas de saúde, como aferição da pressão, altura e peso corporal, em decorrência dos objetivos do estudo maior.

Questões específicas referentes à saúde mental foram coletadas através de instrumentos. Para avaliar o risco de suicídio, foi utilizado o bloco do *Mini International Neurospsychiatric Interview* (MINI) composto por 6 questões que avaliam o risco de suicídio no último mês²³. Considerou-se como risco de suicídio qualquer resposta afirmativa em alguma das questões desse bloco.

Os sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram avaliados através da versão brasileira da *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form* (DASS – 21)²⁴ adaptada e validada para adolescentes brasileiros²⁵. Esse instrumento é composto por três subescalas referentes aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, com total de 21 itens. Os participantes indicam o grau em que experimentam cada um dos sintomas descritos nos itens durante a última semana, em uma escala *likert* de quatro pontos, variando de 0 (não aconteceu comigo nessa semana) a 3 (aconteceu comigo na maior parte do tempo na semana). Os itens encontram-se divididos em três fatores (Itens Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Pontuações para depressão, ansiedade e estresse são determinadas pela soma dos escores dos 21 itens ou para cada subescala quando pretende-se avaliar os fatores separadamente. Quanto maior a pontuação, maior a presença dos sintomas.

O desfecho, autolesão não suicida (ANS) no último ano, foi avaliado com uma pergunta. Inicialmente, elaborou-se uma questão de rastreio de ANS ao longo da vida, a fim de diferenciar os indivíduos: “*Você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de morrer?*” com opção de resposta dicotômica (0) Não; (1) Sim. Para aqueles que responderam “sim”, investigou-se a quantidade de dias que a ANS ocorreu no último ano, seguindo a definição do DSM 5, com a seguinte medida: “NO ÚLTIMO ANO

(*ÚLTIMOS 12 MESES*) você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?”, com opção de resposta dicotômica (sim/não). Para aqueles que responderem “sim”, foi questionada a quantidade de dias que a autolesão ocorreu no último ano, com opção de resposta em escala de 3 pontos de (0) *nenhum*; (1) *1 dia*; (2) *2 a 4 dias*; (3) *5 dias ou mais*. Os indivíduos que assinalaram a pontuação 3 foram considerados como ANS. As respostas 0, 1 e 2 foram considerados como ausência de ANS.

Os exemplos de autolesões foram baseados nos comportamentos que o DSM considera como ANS, além de serem semelhantes com questões de outros estudos⁸. A medida específica do desfecho, referente à ANS no último ano, também foi pautada no DSM 5, especificamente no critério A. Tal critério compreende que a ANS deve ser realizada no último ano, em cinco dias ou mais¹. Ressalta-se que essa medida é utilizada de maneira semelhante por estudos prévios que utilizaram perguntas únicas para analisar a ANS no último ano^{26,28}, abordando também o critério A do DSM 5 para o desfecho^{30,31}.

Análise de dados

Para descrever a amostra, foram utilizadas as variáveis: sexo do participantes (feminino/masculino), faixa etária (14 e 15 anos/16 e 17 anos/ 18 anos ou mais), índice de bens em tercís (Q1 –mais pobres/ Q2 – intermediários/ Q3-mais ricos), cor da pele (branca/ preta/ parda/amarela), série (1º ano /2º ano/3ºano e 4º ano do ensino médio), vítima de bullying ao longo da vida (não/sim), satisfação corporal (satisfeito/indiferente/insatisfeito), possuir amigo que tem autolesão (não/sim), conhecer alguém na escola que tem autolesão (não/sim) e ter visto postagem em redes sociais sobre autolesão (não/sim).

Os dados obtidos através dos questionários foram duplamente digitados e,

posteriormente, transferidos e analisados no software estatístico Stata 14.0. Foi realizada a análise descritiva para estimar a prevalência do desfecho e descrever as características. Regressão de Poisson com ajuste robusto da variância³² foi conduzida considerando o modelo de análises hierárquico (Figura 1) construído para o presente estudo, utilizando o processo de seleção para trás e considerado valor $p \leq 0,20$ para manter as variáveis no modelo. O nível de significância para todas as análises foi de 5%.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, sob o número 157/2018. A participação era voluntária e todos alunos menores de 18 anos de idade que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de assentimento (TA) e seus responsáveis o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), autorizando a referida participação. Os alunos maiores de 18 anos assinaram o TCLE.

Resultados

O estudo contou com 635 estudantes elegíveis. Destes, foram contabilizados 92 faltas e 25 recusas, totalizando 517 estudantes participantes do estudo, tendo uma taxa de resposta de 81,5%. Na Tabela 1, é possível observar que a amostra foi constituída, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino (50,9%), com idade entre 16 e 17 anos (48,7%) e com cor da pele branca (77%). A maioria dos participantes estava cursando o primeiro ano do ensino médio (37,7%), com uma parcela pequena de alunos do quarto ano (14,7%), e cerca de um terço já havia sido vítima de bullying alguma vez na vida. Quase a metade da amostra afirmou estar insatisfeito com seu corpo atual (44,2%).

Na Tabela 2, encontram-se as prevalências de ANS de acordo com diferentes

classificações. O desfecho teve uma prevalência de 8,7%, de acordo com o critério A do DSM 5. Desconsiderando o uso do critério diagnóstico A do DSM 5 e/ou em período recordatório maior, as prevalências são mais altas: 19,1 % dos adolescentes praticaram ANS pelo menos uma vez no último ano; ao longo da vida, um pouco mais de um terço da amostra relatou já ter tido o comportamento.

Na Tabela 3 são apresentados os resultados da análise bruta e ajustada para ANS no último ano, em 5 dias ou mais. Após a análise bruta, somente índice de bens, série, risco de suicídio e o escore de depressão permaneceram associadas ao desfecho. Verificou-se uma associação inversa em relação ao tercil de renda: quanto maior o tercil do indivíduo, menor a probabilidade de apresentar o desfecho ($p=0,04$). A mesma tendência foi observada em relação à série do indivíduo, uma vez que a probabilidade de apresentar ANS diminuiu conforme séries mais avançadas ($p=0,04$). Também foi observado que a cada aumento de uma unidade no escore de depressão, aumentou-se em 1,13 vezes a probabilidade de os adolescentes terem ANS (RP=1,08; IC 95%= 1,03-1,12). Além disso, os indivíduos que estavam em risco de suicídio apresentaram uma probabilidade cerca de 7 vezes maior de terem o desfecho (RP=7,22; IC 95%=2,26 - 23,04) quando comparados aos indivíduos que não estavam em risco de suicídio.

Discussão

A prevalência de ANS (8,7%) encontrada nesse estudo mostrou-se em conformidade com outro estudo brasileiro de abordagem quantitativa, realizado com adolescentes, que também utilizou o critério A do DSM 5 para avaliar o desfecho²¹. Os autores investigaram a ANS em uma amostra de conveniência constituída por 517 adolescentes escolares através da Escala de Comportamento de Autolesão (ECA), onde verificou-se uma prevalência de 9,4%. Essa escala possibilita investigar a autolesão não suicida a partir dos critérios do DSM 5. Porém, apesar da escala possuir adaptação e

tradução, ainda não é validada para o contexto brasileiro, motivo pelo qual optou-se por não utilizada nesse estudo. Além disso, a amostra foi constituída por adolescentes entre 10 a 14 anos do ensino fundamental e teve uma amostragem de conveniência em diferentes escolas estaduais. Já no presente estudo, a população alvo foi adolescentes mais velhos (a partir dos 14 anos) e do ensino médio. Em relação ao processo de amostragem, vale mencionar que, apesar do presente estudo ter sido realizado somente em uma escola, todos os alunos do ensino médio foram avaliados. Ainda, por ter sido realizado em uma escola pública federal, possui uma amostra heterogênea, uma vez que esse tipo de instituição recebe alunos de diferentes cidades e situação socioeconômica e, assim, tende a ser representativa da população.

Na literatura nacional não foi encontrado outro estudo epidemiológico acerca da ANS entre adolescentes, o que dificulta a comparação científica dos dados mas, ao mesmo tempo, destaca o pioneirismo da investigação. Destaca-se, também, que não foi encontrado outro estudo quantitativo que investigou os fatores associados a ANS. Já em relação a estudos internacionais, o presente achado apresentou concordância com outros países. Na Suécia, foi conduzido um estudo³⁰ de base populacional com adolescentes entre 15 a 17 anos, em que 8,7% deles apresentaram ANS. Entre eles, 73,7% engajaram na ANS em mais de 11 dias no último ano³⁰, o que mostra o quanto a psicopatologia pode se agravar. Na Polônia, foi encontrada uma prevalência de 4,8% de ANS em adolescentes entre 13 a 19 anos³¹. Em Taiwan, 6,7% de uma amostra com 1989 adolescentes manifestaram ANS, sendo inferior a encontrada no presente estudo³³.

Por ser um tema relativamente novo, observa-se que o desfecho vem sendo avaliado em diferentes temporalidades, conceitos e nomenclaturas na literatura, não seguindo o critério A do DSM 5. Diante disso, investigou-se também a ANS pelo menos uma vez no último ano e ANS ao longo da vida, a fim de comparar os resultados com os

diversos estudos encontrados. As prevalências de ANS pelo menos uma vez no último ano variam entre 20,4%¹⁰ e 33,6 %³⁴ em adolescentes escolares. Tais achados são ligeiramente maiores do que o resultado encontrado no presente estudo (19,1%). A ocorrência de ANS ao longo da vida variou entre 20,9%² e 49,6%³⁵ em pesquisas internacionais recentes, sendo consistente com o resultado encontrado (34,7%). Tais diferenças podem ser decorrentes da variedade de instrumentos utilizados, do contexto social de cada país e do tamanho da amostra.

O presente estudo verificou uma associação inversa entre o desfecho e a série em que os adolescentes se encontram, ou seja, a probabilidade de apresentar ANS diminuiu conforme maior série. Um estudo nos Estados Unidos²⁷ mostrou que alunos da 9ª série possuem maior frequência de ANS do que os da 12ª série. O mesmo achado foi observado na China, onde os alunos das séries inferiores apresentaram maiores prevalências do desfecho². Entretanto, tais estudos não utilizaram o critério A do DSM 5 para definir o desfecho, investigando autolesão ao longo da vida. As pesquisas que utilizaram o critério não investigaram a relação com a série. Porém, é possível pensar que as modificações na vida escolar geram novas demandas pessoais e interpessoais para o adolescente aprender a lidar¹¹. Como é um período de mudanças significativas que acontecem de maneira rápida e intensa, sentimentos de estresse e apreensão podem surgir e acarretar em problemas de saúde mental¹². Assim, o primeiro ano do ensino médio pode representar um estresse importante na vida desses adolescentes, uma vez que ocorrem muitas mudanças entre o ensino médio e o fundamental, como maior responsabilidade, tarefas, novas relações sociais e transformações físicas.

Em relação à situação socioeconômica, o índice de bens obteve associação estatisticamente significativa com o desfecho. Observou-se uma tendência inversa entre as variáveis, onde a probabilidade de apresentar ANS aumenta à medida que o índice de bens diminui. Dificuldades financeiras e ter pais desempregados foram relacionadas a maiores prevalências de ANS em outros estudos^{28,30}. Entende-se que as pessoas com menor

renda possuem menos acesso aos serviços de saúde e à informação quando comparadas às pessoas com maior renda, o que acarreta prejuízos no bem-estar e na saúde³⁷. Além disso, indivíduos com menor renda experenciam piores condições de vida e de trabalho, incluindo moradia e educação³⁸. Ainda, a falta de dinheiro pode gerar estresse e insegurança contribuindo para o desenvolvimento de transtornos mentais³⁸.

Sabe-se que sintomas depressivos e ansiosos têm sido fortemente associados com a maior frequência de ANS²⁸. Além desses sintomas, verifica-se a associação com sintomas de estresse pós-traumático e raiva²⁸. No presente estudo, entretanto, os sintomas de ansiedade (RP=1,02; IC 95%=0,94-1,10) e de estresse (RP=1,01; IC 95% =0,93 -1,10) não foram associados significativamente com a ANS. Por outro lado, destaca-se que os sintomas depressivos foram associados com o desfecho, mostrando que os indivíduos com maior escore na subescala de depressão do DASS 21 apresentaram maior probabilidade de manifestarem ANS (RP=1,08; IC 95%= 1,03-1,12). É comum que a sintomatologia depressiva se sobreponha a outros transtornos (ref), o que pode explicar o resultado encontrado. Entende-se, assim, que os sintomas depressivos são mais importantes no desenvolvimento de ANS do que outros sintomas psiquiátricos, concordando com muitos estudos longitudinais que apontam a depressão como preditora para a ANS^{10,26,39}. Além disso, os estudos que mostraram associação entre ANS e estresse²⁸, assim como ANS e ansiedade²⁸, não utilizaram o DASS 21. A utilização de instrumentos distintos ao utilizado no presente estudo também pode explicar a divergência dos achados no que refere-se aos sintomas de estresse e ansiedade.

No presente estudo, quase metade dos respondentes possuíam risco de suicídio, tendo uma associação estatisticamente significativa com a ANS. Tal resultado também é observado na literatura internacional^{30,39}. Segundo uma revisão sistemática, a ANS é apontada como preditora para tentativas suicidas e o suicídio³⁹. Em uma

metanálise, comportamento e pensamentos suicidas também emergiram como preditores da ANS⁴⁰. Ainda, o DSM 5 ressalta que as pessoas com ANS podem evoluir para a psicopatologia mais grave, como tentativas de suicídio¹. É compreendido que os jovens que cometem ANS a fazem para obter um alívio dos sentimentos negativos intensos com os quais não sabem lidar, podendo ser utilizada, inclusive, com a intenção de evitar uma tentativa de suicídio⁴. Esse alívio é sentido logo após ou durante o comportamento, mas é seguido por tensão emocional, como culpa, vergonha e solidão³¹.

Dentre as limitações desse estudo, destaca-se que não é possível inferir causalidade a partir dos resultados obtidos, pois trata-se de um estudo transversal, onde somente pode-se indicar uma associação entre as variáveis independentes e o desfecho. O viés de informação também pode estar presente, pois foram utilizadas questões diretas sobre comportamentos estigmatizados. Além disso, o tamanho da amostra pode ter contribuído para a falta de poder para que certas associações não tivessem resultado estatístico significativo.

Em relação aos pontos fortes, destaca-se o presente estudo trouxe contribuições importantes sobre a saúde mental dos adolescentes, principalmente por investigar uma temática em que pesquisas são escassas. O DSM 5 e outros autores^{3,5} incentivam mais estudos sobre ANS devido a sua crescente importância. A pesquisa respondeu aos objetivos propostos e trouxe contribuições importantes para o conhecimento acerca da ANS em adolescentes escolares, tendo uma prevalência consistente com a literatura internacional.

Ainda, ressalta-se o estudo foi embasado no critério A do DSM 5, sendo essencial destacar a credibilidade do manual diagnóstico psiquiátrico o qual, por sua vez, é referência internacional na área da saúde mental. Além disso, vale ressaltar que o estudo foi um dos poucos estudos quantitativos sobre o tema no Brasil, sendo o único, até o

momento, que investigou fatores associados (sociodemográficos, comportamentais e psicológicos) ao desfecho. Ter realizado a pesquisa em uma escola federal também é um ponto forte que merece ser mencionado, uma vez que, por isso, a amostra tende a ser mais heterogênea e representativa da população.

Considerações finais

Pertencer ao tercil inferior de índice de bens, estar em séries iniciais, ter risco de suicídio e sintomas de depressão são fatores que apontam para um aumento na probabilidade de ANS nessa população. Conhecer os fatores associados a um determinado desfecho é de suma importância para direcionar novos estudos, estratégias de intervenção e orientação aos profissionais. Além disso, norteiam a decisão do manejo clínico mais adequado no tratamento psicológico e medicamentoso, principalmente por ter sido destacado que, dentre os sintomas psicológicos estudados, os sintomas depressivos que contribuem para uma maior probabilidade para o desenvolvimento da ANS em detrimento dos sintomas de ansiedade e de estresse.

Evidencia-se a necessidade de mais estudos na área para a identificação do panorama nacional, desenvolvimento de instrumentos validados para o Brasil e estabelecimento dos critérios diagnósticos para a ANS. Ainda, o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental específicas para os adolescentes deve ser incentivado, uma vez que a ANS também está associada a outros quadros psicológicos. Além disso, a capacitação dos profissionais da educação e da saúde pública torna-se essencial para o melhor manejo dos casos, assim como estratégias de prevenção nas escolas.

Referências

1. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, 2013.
2. Liang S, Yan J, Zhang T, Zhu C, Situ M, Du N, et al. Differences between non-suicidal self-injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian journal of psychiatry*. 2014; 8: 76-83.
3. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* 2018; 15 (3): 23-30.
4. Nock MK. Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010; 6: 339-363.
5. Muehlenkamp, JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2012; 6: 6-10.
6. Calvete E, Orue I, Aizpuru L, Brotherton H. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2015; 27 (3): 223-28.
7. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44(3): 273-303.
8. Tang, J, et al. Stressful life events as a predictor for nonsuicidal self-injury in Southern Chinese adolescence: a cross-sectional study. *Medicine*. 2016; 95 (9):e2637.
9. Kiekens G, Bruffaerts R, Nock MK, Van de Ven M, Witteman C, Mortier P, et al. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2015; 30 (6):743-9. 102

10. You, J., Zheng C., Lin, MP., Leung, F. Peer group impulsivity moderated the individual-level relationship between depressive symptoms and adolescent nonsuicidal self-injury *Journal of adolescence*. 2016; 47 :90-99.
11. Piletti N, Rossato S, Rossato G. *Psicologia do desenvolvimento*. São Paulo: Contexto; 2014.
12. Organização Mundial da Saúde. *Folha Informativa Saúde Mental dos adolescentes*. Brasil, 2018.
13. Santos LCS, Faro A. Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicol. Pesq.* 2018;12 (1) :5-14.
14. Rocha GA. Condutas autolesivas: uma leitura pela Teoria do Apego. *Revista Brasileira de Psicologia*. 2015; 2: 62-70.
15. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents:A web-survey. *Archives of Suicide Research*. 2011; 15(1): 56-67.
16. Caldas MT, Arcoverde RL, Santos TFL, Spinelli M, Macedo LEML, Cavalcanti, M. Condutas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. *Psicol. estud.* 2009;14 (3): 575-82.
17. Barborsa VS. *A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada [dissertação]*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2017.
18. Raupp CS, Marin AH, Mosmann CP. Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica* 2018; 30 (2): 287-308.

19. Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
20. Garreto AKR. O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
21. Fonseca PHN, Silva AC, Araujo LMC, Botti NCL. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq. bras. psicol.* 2018; 70(3): 246-58.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. IBGE, 2016.
23. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22 (3):106-11.
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy.*1995; 33: 335-34.
25. Patias ND, Machado WDL, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)-Short Form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF.* 2016; 21 (3): 459-69.
26. Keenan K, Hipwell AE, Stepp SD, Wroblewski K. Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Development and psychopathology.* 2014; 26(3): 851-62.
27. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population- based sample. *Academic pediatrics.* 2012;12 (3) :205-13.

28. Zetterqvist M, Svedin CG, Fredlund C, Priebe G, Wadsby M, Jonsson LS. Self-reported nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry research*. 2018; 265: 309-16.
29. Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS one*. 2015;10: e0131239.
30. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 2013; 41(5):759-73.
31. Kadziela-Olech H, Zak G, Kalinowska B, Wagrocka A, Perestret G, Bielawski M. The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatria polska*. 2015; 49 (4):765-78.
32. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC medical research methodology*. 2003; 3:21.
33. Ren Y, Lin MP, Liu YH, Zhang X, Wu JYW, Hu WH, et al. The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and nonsuicidal self-injury among Taiwanese adolescents. *Journal of clinical psychology*. 2018;74(7): 1246-57.
34. Tang J, Ma Y, Guo Y, Ahmed NI, Yu Y, Wang J. Association of aggression and non-suicidal self-injury: a school-based sample of adolescents. *PloS one*. 2013; 8 (10): e78149.

35. Castro K, Kirchner T. Coping and psychopathological profile in nonsuicidal self-injurious Chilean adolescents. *Journal of clinical psychology*. 2018; 74(1):147-60.
36. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2015; 9:31.
37. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estud. Econ*. 2012; 42 (2): 229-61.
38. Ludemir AB, Melo Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36 (2) :213-21.
39. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. . The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2015; 2(1); 2.
40. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical psychology review* 2015; 42: 156-67.

Figura 1. Modelo conceitual de análise

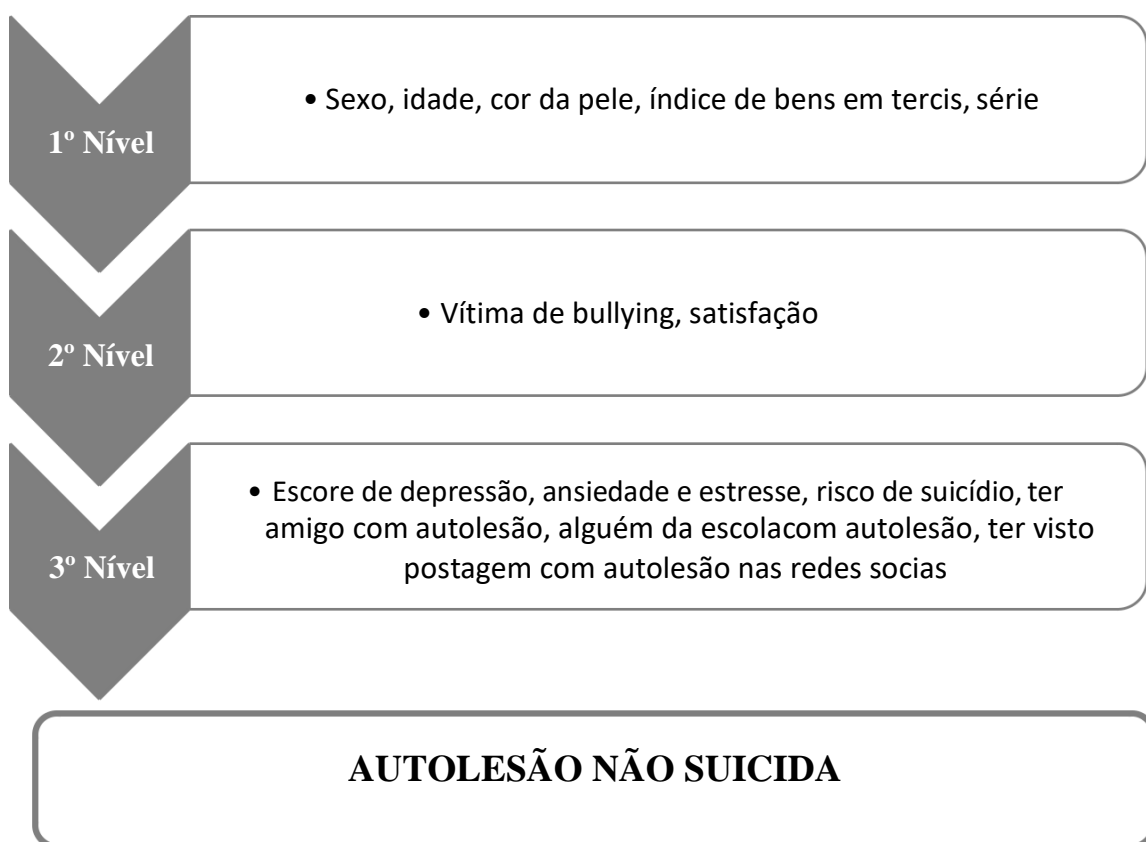


Tabela 1. Descrição de características demográficas, comportamentais e de saúde de uma amostra de adolescentes do ensino médio de Rio Grande, do ano de 2019 (N=517).

Variável	N	%
Sexo (N=515)		
Feminino	253	50,9
Masculino	262	49,1
Idade (N=513)		
14 e 15 anos	100	19,4
16 e 17 anos	250	48,7
18 anos ou mais	163	31,7
Cor/Raça (N=513)		
Branca	395	77,0
Preta	56	10,9
Parda	58	11,3
Amarela	4	0,7
Índice de bens em tercís (N=510)		
Mais pobres	170	33,3
Intermediários	170	33,3
Mais ricos	170	33,3
Série (N=517)		
1º ano do ensino médio	195	37,7
2º ano do ensino médio	133	25,7
3º ano do ensino médio	113	21,8
4º ano do ensino médio	76	14,7
Já foi vítima de bullying (N=517)		
Não	333	64,4
Sim	184	35,5
Como se sente em relação ao próprio corpo (N=517)		
Satisfeito	193	37,3
Indiferente	95	18,3
Insatisfeito	229	44,2
Escore de ansiedade, depressão e estresse (N=498)		
Mediana (IIQ*)	14	(7-26)
Risco de Suicídio (N=510)		
Não	301	59,0
Sim	209	40,9
Possui algum amigo com comportamento autolesivo (N=513)		
Não	117	22,8
Sim	396	77,1
Conhece alguém da mesma escola que tem comportamento autolesivo (N=513)		
Não	279	54,3
Sim	234	45,6
Já viu postagens nas redes sociais sobre autolesão (N=516)		
Não	190	36,8
Sim	326	63,1
Escore de Depressão (N=509)		
Mediana (IIQ*)	5	(2-11)
Escore de Ansiedade (N=509)		
Mediana (IIQ*)	3	(1-6)
Escore de Estresse (N=508)		
Mediana (IIQ*)	6	(3-11)

*Intervalo Interquartil

Tabela 2. Prevalência de autolesão não suicida no último em 5 dias ou não, autolesão não suicida no último ano em pelo menos 1 dia e autolesão alguma vez na vida em amostra de adolescentes do ensino médio de Rio Grande, do ano de 2019 (N=517).

Variável	N	%
Autolesão não suicida alguma vez na vida (N=515)		
Não	336	65,2
Sim	179	34,7
Autolesão não suicida no último ano em pelo menos 1 dia (N= 517)		
Não	418	80,8
Sim	99	19,1
Autolesão não suicida no último ano em 5 dias ou mais (N=517)		
Não	472	91,3
Sim	45	8,7

Tabela 3. Análise bruta e ajustada entre autolesão não suicida e as variáveis independentes Análise conduzida com três níveis hierárquicos, através de Regressão de Poisson. Amostra de adolescentes do ensino médio da cidade de Rio Grande (N= 517). Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Variáveis	Análise Bruta RP (IC 95%)	p	Análise ajustada RP (IC 95%)	p
Sexo (N=515)		0,22		0,21
Masculino	1		1	
Feminino	1,41 (0,80-2,49)		1,45 (0,80-2,64)	
Idade (N=513)		0,26*		0,61*
14 e 15 anos	1		1	
16 e 17 anos	1,35 (0,63 - 2,87)		1,54 (0,64-3,71)	
18 anos ou mais	0,69 (0,27 -1,73)		1,29 (0,39-4,21)	
Cor/Raça (N=513)		0,04		0,15
Branca	1		1	
Preta	0,94 (0,34 - 2,57)		0,77 (0,27-2,18)	
Parda	3,29 (0,58-18,63)		3,22 (0,58-17,58)	
Amarela	2,04 (1,02 -4,08)		1,83 (0,94-3,56)	
Índice de bens em tercis (N=510)		0,04*		0,04*
Mais pobres	1		1	
Intermediários	0,84 (0,44-1,58)		0,72 (0,37-1,41)	
Mais ricos	0,47 (0,22-1,01)	0,04*	0,44 (0,20-0,97)	
Série (N=517)				0,04*
1º ano do ensino médio	1		1	
2º ano do ensino médio	1,31 (0,70-2,43)		0,99 (0,48-2,04)	
3º ano do ensino médio	0,54 (0,22-1,32)		0,51 (0,19-1,33)	
4 ano do ensino médio	0,40 (0,12-1,33)		0,37 (0,08-1,63)	
Já foi vítima de bullying (N=517)		0,13		0,16
Não	1		1	
Sim	1,36 (0,91-2,03)		1,33 (0,88-2,00)	
Como se sente em relação ao próprio corpo (N=517)		0,01		0,10
Satisfeito	1		1	
Indiferente	1,42 (0,55-3,62)		1,24(0,49-3,18)	
Insatisfeito	2,35 (1,17-4,73)		2,07 (1,01-4,23)	
Possui amigo com autolesão (N=513)		0,12		0,59
Não	1		1	
Sim	1,92 (0,83-4,42)		0,79 (0,34-1,84)	
Conhece alguém da mesma escola que tem autolesão (N=515)		0,64		0,41
Não	1		1	
Sim	1,14 (0,65-1,99)		0,78 (0,44-1,39)	
Já viu postagens nas redes sociais (N=516)		0,14		0,79
Não	1		1	
Sim	1,60 (0,84-3,02)		0,91 (0,47-1,77)	
Escore de Depressão (N=509)	1,13 (1,08-1,17)	<0,001	1,08 (1,03-1,12)	<0,001
Escore de Ansiedade (N=509)	1,13 (1,08-1,19)	<0,001	1,02 (0,94-1,10)	0,62
Escore de Estresse (N=508)	1,14 (1,09-1,20)	<0,001	1,01 (0,93 -1,10)	0,76
Risco de Suicídio (N=510)		<0,001		0,001
Não	1	1	1	
Sim	13,68(4,95-37,79)		6,63 (2,12-20,73)	

RP = Razão de prevalência; IC95% Intervalo de Confiança;*Valor p de tendência linear

6. NOTA À IMPRENSA

AUTOLESÃO EM ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE RIO GRANDE

Você conhece algum adolescente que se machuca de propósito? Esses cortes, feridas, queimaduras têm um nome – chamam autolesão não suicida. O comportamento repetido do indivíduo em realizar intencionalmente lesões superficiais em seu próprio corpo sem o objetivo de suicídio está cada vez mais presente entre os adolescentes. Talvez agora você esteja se perguntando: por que eles fazem isso? Geralmente, esse comportamento está associado a outros quadros de saúde mental, como sintomas depressivos, ansiosos e risco de suicídio futuro. Pesquisa realizada na cidade de Rio Grande, em 2019, sobre a saúde dos escolares investigou a ocorrência da autolesão em 517 adolescentes do ensino médio. Os resultados mostraram que 8,7% dos adolescentes apresentaram autolesão em 5 dias ou mais no último ano, e 19,1% pelo menos uma vez no mesmo período. Quando questionados sobre esse comportamento ao longo da vida, 34,7% dos adolescentes relataram ter tido autolesão alguma vez na vida. Isso significa que mais de um terço dos adolescentes já se machucou de propósito sem intenção de se matar, pelo menos uma vez durante a vida. Os adolescentes que tinham mais sintomas de depressão apresentaram maior probabilidade de ter autolesão. O estudo é resultado da dissertação de mestrado da aluna Jéssica Rodrigues Gomes, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FURG, sob orientação da Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo e coorientação da Me. Mariana Lima Corrêa. De acordo com Jéssica: “A autolesão não suicida é um tema ainda pouco estudado no Brasil, o que faz com que, muitas vezes, os casos sejam subnotificados e confundidos com tentativas de suicídio. Por isso, os pais, os amigos e a escola precisam estar atentos. Esse comportamento é um alerta importante e possivelmente o adolescente que se machuca precisa de ajuda. Atualmente, não existe outro estudo brasileiro que buscou analisar os fatores associados a esse quadro em adolescentes. Os fatores associados são características que podem contribuir para a maior ocorrência de uma doença. Então, conhecendo os fatores associados a um determinado transtorno, conseguimos direcionar novos estudos, estratégias de intervenção e orientação aos profissionais e às escolas. Além disso, norteiam o manejo clínico mais adequado no tratamento psicológico e medicamentoso.” Para a pesquisadora, o estudo demonstra que a autolesão em adolescentes escolares é um problema que merece maior atenção, principalmente por estar relacionado a outros quadros psicológicos dessa população. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde mental específicas para os adolescentes deve ser incentivado, mas podemos começar abordando esses temas dentro de casa. Que tal ouvir o que o adolescente tem a dizer?

7. ANEXO

7.1 Questões das variáveis independentes

A) Bloco de identificação e escola

1) Em que série você está?

- (1) 1º ano do Ensino Médio
- (2) 2º ano do Ensino Médio
- (3) 3º ano do Ensino Médio
- (4) 4º ano do Ensino Médio

B) Bloco demográfico e socioeconômico

1) Qual o seu sexo biológico?

- (1) Masculino
- (2) Feminino

2) Qual a sua idade? _____ anos

3) Qual a sua cor ou raça?

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena

Vamos falar agora sobre algumas características da sua casa.

10) Quantos banheiros têm na sua casa?

- (1) 1 banheiro
- (2) 2 banheiros
- (3) 3 banheiros
- (4) 4 banheiros
- (5) 5 banheiros ou mais

11) Quantos computadores funcionando têm na sua casa (incluir computador de mesa *desktop* e *notebook*)?

- (0) Nenhum
- (1) 1 computador
- (2) 2 computadores
- (3) 3 computadores
- (4) 4 computadores ou mais

12) Você tem acesso à internet em casa?

- (0) Não
- (1) Sim

13) Quantos carros têm na sua casa?

- (0) Nenhum

- (1) 1 carro
- (2) 2 carros
- (3) 3 carros
- (4) 4 carros ou mais

14) Quantas motos têm na sua casa?

- (0) Nenhuma
- (1) Uma
- (2) Duas
- (3) Três ou mais

15) Quantos aparelhos de ar condicionado ou *split* têm na sua casa?

- (0) Nenhum
- (1) Um
- (2) Dois
- (3) Três ou mais

16) Tem máquina de lavar roupa na sua casa?

- (0) Não
- (1) Sim

17) Tem máquina de secar roupa na sua casa?

- (0) Não
- (1) Sim

18) Tem freezer separado de geladeira na sua casa?

- (0) Não
- (1) Sim

19) Tem faxineira na sua casa (*alguém que vai de vez em quando limpar a casa*)?

- (0) Não
- (1) Sim

20) Tem empregada doméstica na sua casa (*alguém que vai todos os dias fazer a limpeza ou cozinhar*)?

- (0) Não
- (1) Sim

G) Autolesão

1) ALGUMA VEZ NA VIDA, você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?

- (0) Não – *pular para pergunta 5*
- (1) Sim

2) NO ÚLTIMO ANO (ÚLTIMOS 12 MESES), você já se machucou de propósito (por exemplo: se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente) sem intenção de se matar?

(0) Não – *pular para pergunta 5*

(1) Sim

3) Em quantos dias isso aconteceu no último ano?

(1) 1 dia

(2) 2 a 4 dias

(3) 5 dias ou mais

3) Nos dias em que você se agrediu, qual foi o motivo?

(1) Obter alívio para um sentimento negativo

(2) Resolver uma dificuldade com alguém

(3) Induzir um estado de sentimento positivo

(4) Outro motivo

4) Esse comportamento te causa ou causou algum tipo de sofrimento ou prejudica sua rotina?

(0) Não

(1) Sim

(9) Não sei

5) Você possui algum amigo que já se machucou de propósito, sem intenção de se matar como, por exemplo, um amigo que já se cortou, se queimou, se arranhou, se fincou, se bateu ou se esfregou excessivamente?

(0) Não

(1) Sim

6) Na sua escola, você conhece alguém que tenha esse comportamento?

(0) Não

(1) Sim

7) Dentre as redes sociais que você utiliza, já viu alguma postagem mostrando alguém se machucando de propósito sem intenção de se matar?

(0) Não

(1) Sim

H) Suporte social

Assinale uma das alternativas em cada pergunta que expressa melhor o que você pensa ou faz. No quadro abaixo marque um X sobre o número de cada situação que é verdadeira pra você! (1: Concordo totalmente; 2: Concordo na maior parte do tempo; 3: Não concordo nem discordo; 4: Discordo na maior parte do tempo; 5: Discordo totalmente)

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte do tempo	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte do tempo	Discordo totalmente
1) Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
2) Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
3) Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
4) Quando preciso desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.	1	2	3	4	5
5) Mesmo nas situações mais apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4	5
6) Às vezes sinto falta de alguém compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	1	2	3	4	5

7) Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
8) Gostaria de participar mais em atividades de organizações (exemplo: clubes desportivos, escoteiros, partidos políticos, etc)	1	2	3	4	5
9) Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	1	2	3	4	5
10) Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	1	2	3	4	5
11) Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	1	2	3	4	5
12) Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1	2	3	4	5
13) Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com meus amigos	1	2	3	4	5
14) Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
15) Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5

J) Bullying

1) Nos últimos trinta dias, com que frequência algum dos seus colegas de escola te esculacharam, zoaram, magoaram, intimidaram ou caçoaram tanto que você ficou magoado, incomodado ou aborrecido?

- (0) Nenhuma vez
- (1) Raramente ou às vezes
- (2) Quase sempre ou sempre

2) Nos últimos 30 dias, você esculachou, zoou, magoou, intimidou, ou caçou de algum dos seus colegas na escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?

- (0) Não
- (1) Sim

K) Imagem corporal

Agora responda sobre o que você acha e como age em relação a sua própria imagem corporal.

3) Como você se sente em relação ao seu corpo?

- (1) Muito satisfeito(a)
- (2) Satisfeito(a)
- (3) Indiferente
- (4) Insatisfeito(a)
- (5) Muito insatisfeito(a)

L) Depressão, ansiedade e estresse

Por favor, leia cada afirmativa e indique o quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas. No quadro abaixo marque um X sobre o número de cada situação que é verdadeira pra você! (0: Não aconteceu comigo nessa semana; 1: Aconteceu comigo algumas vezes na semana; 2: Aconteceu comigo em boa parte da semana; 3: Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana)

	Não aconteceu comigo nessa semana	Aconteceu comigo algumas vezes na semana	Aconteceu comigo em boa parte da semana	Aconteceu comigo na maior partedo tempo da semana
1) Eu tive dificuldade para me acalmar:	0	1	2	3
2) Eu percebi que estava com a boca seca:	0	1	2	3
3) Eu não conseguia ter sentimentos positivos:	0	1	2	3
4) Eu tive dificuldade para respirar (sem ter feito esforço nenhum):	0	1	2	3
5) Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas:	0	1	2	3
6) Em geral, tive reações exageradas às situações;	0	1	2	3
7) Tive tremores (por exemplo, nas mãos):	0	1	2	3
8) Eu senti que estava bastante nervoso(a):	0	1	2	3
9) Eu fiquei preocupado(a) com entrar em pânico e fazer papel de bobo (a):	0	1	2	3
10) Eu senti que não tinha expectativas ´positivas a respeito de nada:	0	1	2	3
11) Notei que estava ficando agitado(a):	0	1	2	3
12) Achei difícil relaxar:	0	1	2	3
13) Eu me senti abatido(a) e triste;	0	1	2	3
14) Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo:	0	1	2	3

15) Eu senti que estava prestes a entrar em pânico:	0	1	2	3
16) Não consegui me empolgar com nada:	0	1	2	3
17) Eu senti que não tinha muito valor como pessoa:	0	1	2	3
18) Eu senti que eu estava muito irritado(a):	0	1	2	3
19) Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, sensação de aumento dos batimentos cardíacos ou de que o coração estava batendo fora do ritmo):	0	1	2	3
20) Eu me senti assustado(a) sem ter motivo:	0	1	2	3
21) Eu senti que a vida não tinha sentido:	0	1	2	3

M) Suicídio

No último mês, você pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?

- (0) não
- (1) sim

1) No último mês, você quis fazer mal a si mesmo?

- (0) não
- (1) sim

3) No último mês, você pensou em suicídio?

- (0) não
- (1) sim

4) No último mês, você pensou numa maneira de se suicidar?

- (0) não
- (1) sim

5) No último mês, você tentou o suicídio?

- (0) não
- (1) sim

6) Ao longo da vida, você já fez alguma tentativa de suicídio?

- (0) não (1) sim