Autolesão não suicida na adolescência como fator de predisposição ao suicídio

Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence as a Predisposing Factor for Suicide

Julia de Souza Carmo¹, Pedro Henrique Feldman Sznajderman Silveira², Renan Gianecchini Vignardi³, Gabriel Stecca Canicoba⁴, Anna Carolina Macieira Feitosa Mota⁵, Carmen Silvia Molleis Galego Miziara⁶, Ivan D Miziara⁷

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v25i1p3-9>

Carmo JS, Silveira PHFS, Vignardi RG, Canicoba GS, Mota ACMF, Miziara CSMG, Miziara ID. Autolesão não suicida na adolescência como fator de predisposição ao suicídio. Saúde, Ética & Justiça. 2020;25(1):3-9.

RESUMO: A autolesão não suicida na adolescência é um evento frequente e está associada a tentativas subsequentes de suicídio ou ao suicídio completo, sugerindo que esse comportamento e aspectos psicológicos relacionados a ele possam estar na mesma trajetória de risco. As regras legais determinam a obrigação do médico notificar casos suspeitos ou confirmados de automutilação às autoridades de saúde. No entanto, não se trata apenas de cumprir com os requisitos legais; o médico deve estar ciente dessa possibilidade, conhecendo os mecanismos aplicados pelos adolescentes, sabendo os motivos que possam desencadear esse comportamento prejudicial e, conseqüentemente, adotar medidas preventivas eficazes. De maneira geral, os adolescentes relatam que a autolesão alivia o sentimento de angústia, culpa ou vergonha, sendo uma maneira de autopunição. Embora a autolesão não-suicida geralmente resulte em alívio momentâneo da angústia, frequentemente leva a conseqüências negativas a longo prazo. Este estudo narrativo teve como objetivo mostrar os principais tópicos relacionados a este grave e prevalente problema.

DESCRIPTORES: Comportamento Autodestrutivo; Comportamento do Adolescente, Tentativa de Suicídio; Ideação Suicida; Suicídio.

¹. Estudante de Medicina – Faculdade de Medicina – Universidade Nove de Julho. E-mail: jubacarmo@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4581319207429407> ORCID: 0000-0001-5518-7536

². Estudante de Medicina – Faculdade de Medicina – Universidade Nove de Julho. E-mail: pedro.silveira@uni9.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3477475299023006> ORCID: 0000-0001-9099-0236

³. Estudante de Medicina – Faculdade de Medicina – Universidade Nove de Julho. E-mail: renan.vignardi@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6637426470441080> ORCID: 0000-0002-6104-4686

⁴. Estudante de Medicina – Faculdade de Medicina – Universidade Nove de Julho. E-mail: gscanicoba@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8590023575822499> ORCID: 0000-0002-8497-1650

⁵. Estudante de Medicina – Faculdade de Medicina – Universidade Nove de Julho. E-mail: annacarolinamota1812@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3677992627571339> ORCID: 0000-0002-9886-5752

⁶. Professora Doutora – Faculdade de Medicina – Universidade Nove de Julho. E-mail: carmen.miziara@hc.fm.usp.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6916238042273197> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4266-0117>

⁷. Professor Associado – Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: Ivan.miziara@usp.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3120760745952876> ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-7180-8873>

Endereço para correspondência: Carmen Silvia Molleis Galego Miziara. Rua Teodoro Sampaio, 352 – conjunto 22. E-mail: carmen.miziara@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO

A síndrome da autolesão não suicida (ALNS) envolvendo adolescentes é uma condição médica que aumentou em frequência nas últimas três décadas em todo o planeta¹, passando a ser considerada um problema global de saúde pública². Estima-se que entre 7 e 14% dos adolescentes se autolesionem deliberadamente ao menos uma vez na vida^{3,4}. A ALNS é um marcador de risco de suicídio para mais da metade dos jovens e adolescentes que têm esse comportamento⁵, com aumento de até 100 vezes, em comparação à população geral⁶. No mundo, estima-se que o suicídio seja a segunda ou terceira causa de morte entre adolescentes e jovens^{7,8}.

Considerando a associação entre ALNS e a prática do suicídio, foi formulado o modelo de *iceberg* para a compreensão da dimensão do fenômeno, no qual a ponta do *iceberg*, que é visível, é o suicídio consumado, a parte intermediária seria composta pelos adolescentes que praticam a autolesão e que procuram atendimento médico e a base do *iceberg*, mais profunda, não visível e com maior extensão, é constituída por adolescentes que não procuram assistência médica.

Um estudo realizado na Irlanda analisou adolescentes com idades entre 15 e 17 anos e aplicou os três níveis do modelo de *iceberg*. Os autores concluíram que o suicídio foi mais frequente dentre os meninos e as autolesões não fatais entre as meninas. Para cada menino que morreu por suicídio, 16 tiveram atendimento hospitalar devido à autolesão e 146 meninos da comunidade reportaram a autolesão. Em relação às meninas, para cada suicídio, 162 meninas se apresentaram em atendimento hospitalar e 3.296 meninas da comunidade reportaram a prática⁹.

Dessa forma, estabeleceu-se que a menor taxa é aquela de adolescentes que efetivamente concretizaram o suicídio dentre os que praticaram a lesão autoprovocada não fatal (ponta do *iceberg*). A maioria encontra-se invisível (submersa). Um estudo realizado na Inglaterra aplicando o modelo de *iceberg* com adolescentes entre 12 e 14 anos e entre 15 e 17 anos confirmou a maior taxa de suicídio em meninos nas duas faixas etárias analisadas e maior frequência de meninas da comunidade com prática de autolesão não suicida¹⁰.

Diante desse grave problema, este estudo teve como objetivo fornecer aos leitores aquisição e atualização de conhecimentos a respeito desta temática em curto espaço de tempo.

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa por meio de análise ampla da literatura, buscando informações sobre as principais questões referentes à autolesão não suicida em adolescentes.

Não foi estabelecido limite de tempo. Foram

pesquisados artigos nas bases de dados de livre acesso (PubMed, Capes Periódico e Scielo) e os descritores empregados nas buscas foram: Comportamento Autodestrutivo (Self-Injurious Behavior); Comportamento do Adolescente (Adolescent Behavior), Ideação suicida (Suicidal Ideation). Após terem sido adquiridas as informações necessárias para responder os objetivos propostos, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, sem o objetivo de exclusão de artigos. A partir desse ponto, foram lidos os artigos e selecionados os tópicos de interesse. Somente artigos obtidos na íntegra foram incluídos para que fosse feita a análise da fundamentação teórica de cada um deles.

DESENVOLVIMENTO

Muitas questões relacionadas à ALNS não são consideradas com os devidos cuidados. Há um conceito equivocado de que a ALNS faz parte de uma fase do crescimento do adolescente. Um estudo mostra que esse comportamento se mantém na vida adulta¹¹, portanto, é um problema que deve ser diagnosticado e tratado de forma ampla o mais precocemente possível.

Definição e classificação do comportamento autolesivo não suicida

A Sociedade Internacional para o Estudo da Autolesão (2007) definiu a ALNS “como a destruição deliberada e autoinfligida ao tecido corporal sem intenção suicida consciente, não socialmente aceita pela própria cultura ou com intenção de exibicionismo, incluindo comportamentos como cortar, queimar, morder e arranhar a pele”^{12,13}.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) incluiu a ALNS dentre as condições que requerem pesquisas futuras e a alocando apenas no contexto de personalidade *borderline*. Dentre os critérios diagnósticos estão inseridos a recorrência de autolesão física, por cinco ou mais dias no último ano, e a necessidade de pelo menos uma razão que justifique o ato, seja para aliviar pensamentos ou sentimentos negativos, como forma de resolução de problemas interpessoais ou para causar sentimento ou emoção positiva de alívio. Os sentimentos ou pensamentos negativos devem anteceder imediatamente a autolesão, associados à preocupação de não conseguir evitar o desejo nem de impedir a execução da lesão¹⁴. Após a realização da autolesão existe o sentimento de alívio, com redução da tensão e melhora do estado emocional¹⁵.

Epidemiologia

A prevalência da ALNS varia amplamente de

acordo com a literatura médica, pois em grande parte dos estudos as amostras são pequenas, além da diversidade de definições vistas nos métodos de análises. Um estudo que analisou dados de 41 países, com 597.548 relatos, concluiu que a prevalência de ALNS é de 16,9%¹⁶.

Para Swannell e colaboradores (2014), a prevalência de ALNS na adolescência é de 17,2%, caindo para 13,2% em adultos jovens e para 5,5% em adultos. Quando considerada apenas a população de adolescentes que estão em acompanhamento psiquiátrico, a prevalência passa para 60%¹⁷. Estima-se que 22,9% dos adolescentes praticaram a ALNS pelo menos uma vez na vida e que 18,6% tenham cometido o ato nos últimos 12 meses¹⁶.

A faixa etária mais prevalente de ALNS é entre 12 e 16 anos, com média aos 14 anos^{18,19}, embora possa ocorrer em pessoas mais jovens, com aumento progressivo a partir dos 12 anos e subsequente queda a partir dos 18 anos^{20,21,22}. O início precoce da ALNS não mostra diferença quanto à versatilidade do método, à gravidade das lesões ou à frequência dos atos lesivos, quando comparado ao início mais tardio, mas sim em relação à tentativa de suicídio, que aumenta significativamente à medida que a idade de início diminui. Portanto, a idade de início mostra relação direta com potencial comportamento suicida¹⁹.

Em estudo conduzido por Klonsky (2011) com 439 pessoas entre 19 e 92 anos, nos Estados Unidos da América (EUA), foi observado que 65% dos participantes adeptos à autolesão iniciaram a prática antes dos 18 anos, com interrupção do comportamento autolesivo em torno dos 20 anos. Em apenas 30% dos casos, os episódios se mantiveram após os 25 anos²³.

A ALNS foi mais comum em meninas (56,2%), conforme estudo que avaliou 1.088 adolescentes^{24,25}, e a análise de grupos definidos de acordo com a orientação sexual mostrou que todos os adolescentes homossexuais relataram a prática de ALNS *versus* 68% dos adolescentes heterossexuais²⁶.

Métodos de autolesão mais aplicados

O comportamento e o pensamento autolesivos podem ser classificados em dois grupos, o suicida e o não suicida. No primeiro, existe a intenção de morrer pelo comportamento adotado, enquanto no segundo não existe esse propósito. A intencionalidade do ato, quanto a desejar ou não a morte, é subjetiva, pois é discriminada com base nas informações prestadas pelo adolescente e, consequentemente, pela interpretação clínica do médico. No comportamento não suicida três mecanismos podem ser considerados, aquele composto por pensamentos de autolesão, ou por meio de gestos e ameaças de suicídio ou, finalmente, pela autolesão propriamente dita²⁷.

O pensamento de autolesão pode ser o prenúncio da autolesão propriamente dita que ainda está em processo de elaboração. No caso do comportamento não suicida por meio de ameaça ou gestos de suicídio, o recurso aplicado é o de fazer com que os outros acreditem que a pretensão seja a morte, quando não existe esse interesse por parte do adolescente²⁷.

Dentre as principais formas de autolesão propriamente dita, os cortes representam 45%, seguido de interferência no processo de cicatrização de feridas (33%), batidas da cabeça contra objetos (31%), mordidas (29%), ato de coçar (28%), golpes infligidos ao corpo (27%), overdose (20%) e queimaduras (10%)¹⁶.

A gravidade das autolesões corporais varia de leve (arranhões, puxões de cabelos, tapas, socos) a grave (cortes superficiais da pele, interferência no processo de cicatrização de ferida, arrancamento de cabelos, queimadura, perfuração da pele com objetos pontiagudos), sendo esta variabilidade dependente do humor do adolescente ou da situação em questão^{27,28,29}. A duração modal dos episódios pode variar de um a 30 minutos³⁰.

A maioria das lesões produzidas por instrumentos cortantes é superficial, atingindo a epiderme e a derme, localizada nas faces dorsais das coxas e dos antebraços, ou na face anterior do abdômen, geralmente paralelas e de extensão reduzida^{14,31}.

Um estudo realizado na Suécia sugeriu que determinados comportamentos sexuais também podem ser utilizados pelos adolescentes como forma de ALNS em 3,2% das mulheres e 0,8% dos homens³². A dor, em consequência dessa conduta, foi a descrição mais relatada pelos adolescentes e foi associada a antecedentes de estupro, abuso físico, experiência traumática, depressão, transtorno alimentar ou tentativa de suicídio³³.

Embora na ALNS quase todos os métodos aplicados sejam potencialmente causadores de dor (cortes, queimaduras etc.), 80% dos adolescentes³⁴ e 50% dos adultos³⁵ relataram nenhuma ou pouca dor durante a ação danosa contra o próprio corpo. Estudos prévios realizados em adolescentes com histórico de ALNS sugerem que a analgesia decorre de maior limiar e maior resistência à dor, em comparação com adolescentes que não praticaram a autolesão. Algumas teorias tentam explicar esse fato, como a da tolerância, da habitualidade, dos fatores genéticos ou do estilo autocrítico^{36,37}, mas nenhuma foi categórica. Portanto, esse tema permanece obscuro e, muito provavelmente, as respostas dolorosas são individuais. Outro estudo, por sua vez, mostrou que a maioria dos adolescentes relatou sentir dor expressiva durante a autoagressão. Os que mostraram menos resposta álgica foram os que demonstraram maiores instabilidades emocionais negativas (como o observado em depressão maior) e os que praticaram atos lesionais com maior frequência³⁰.

Fatores predisponentes e associados

Um estudo de metanálise não identificou fatores de risco para ALNS, sugerindo a necessidade de novos estudos³⁸, entretanto, Gu et al. (2020) citaram que o abuso psicoemocional infantil deve ser sempre considerado³⁹.

Crianças submetidas reiteradamente a tratamentos depreciativos, ameaçadores e com altas cargas de culpa e de vergonha podem perder a capacidade de regular as emoções negativas (raiva, tristeza, medo ou vergonha) e recorrer à ALNS como forma de alívio de pensamentos angustiantes na adolescência^{29,39}, refletindo uma estratégia de regulação emocional mal adaptada⁴⁰. Neste aspecto, também deve ser considerado o *bullying*. A associação de transtorno depressivo com ALNS parece ser comum, embora devam ser diagnosticados e tratados separadamente, sendo entendidos como distúrbios comórbidos⁴¹.

Transtorno do sono, ansiedade e estresse pós-traumático são condições frequentemente observadas em adolescentes que praticam a ALNS⁴², reiterando que a regulação afetiva para gerir pensamentos negativos está intimamente ligada a essa condição.

Consequências

A consequência mais grave relacionada à ALNS é a tentativa ou a concretização do suicídio⁴³. Laye-Gindhu e Schonert-Reichel (2005) descreveram que 89% dos adolescentes que tentaram o suicídio também praticavam a autoagressão⁴⁴, enfatizando a estreita relação entre a autolesão e a intenção de suicídio. No que diz respeito a esse grave desfecho, a habitualidade da prática (intervalos regulares) e/ou a gravidade das lesões autoinfligidas⁴⁵ são apontadas como sinais de alerta. O transtorno de personalidade *borderline* (TPB) associado à ALNS, aumenta a prevalência de suicídio⁴⁷. Embora seja um diagnóstico controverso antes dos 18 anos de idade, há autores que apontam para a necessidade de que seja diagnosticado mais precocemente⁴⁶. Portanto, a mudança do padrão das lesões (aumento da frequência ou da intensidade) é um sinal de alerta para a concretização de suicídio, assim como a ALNS pode ser uma manifestação precoce de TPB^{48,49,50}.

Nesse contexto, 70% dos adolescentes envolvidos em ALNS relataram que tentaram pelo menos uma vez o suicídio e 55% tentaram várias vezes^{6,35}. A associação entre ALNS e tentativa de suicídio é bastante frequente entre crianças submetidas a maus-tratos e pertencentes a famílias disfuncionais²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dados da Organização Mundial da Saúde de setembro de 2018 mostram que, no mundo, cerca de 800 mil pessoas por ano põem fim à própria vida, sendo que em 2016 esta foi a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos de idade⁵¹.

Como a ALNS está estreitamente ligada ao suicídio, é notória a importância desse tema, principalmente no que tange a medidas preventivas.

A ALNS é subnotificada, pois muitos adolescentes não são diagnosticados e somente os casos mais graves de autolesão corporal, acompanhados ou não de tentativa de suicídio, são evidenciados. O olhar mais detalhado do médico para o comportamento do adolescente é fator primordial para a prevenção de desfecho negativo. A obtenção de anamnese voltada à pesquisa de transtornos na esfera emocional ou de mudanças de hábitos é valiosa. A interpretação de que a ALNS é parte do processo natural da adolescência ou que é uma simples forma de chamar a atenção dos pais ou dos colegas não deve proceder, pois pode ser o início da construção de um processo de autolesão fatal.

No Brasil, foi sancionada a Lei nº. 13.119, de 26 de abril de 2019, que promove a identificação e os cuidados globais a serem dispensados em situação de violência autoprovocada (suicídio, tentativa de suicídio e automutilação, com ou sem intenção suicida), como prevenção ao suicídio. Esta lei também estabelece a obrigatoriedade de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de automutilação, termo empregado na lei, independentemente da gravidade do dano⁵².

Ressalta-se, ainda, que a Portaria nº. 204, de 17 de fevereiro de 2016, estabelece a lista nacional de eventos que devem ser notificados e em seu anexo consta que a tentativa de suicídio é condição a ser notificada de forma imediata, isto é, em até 24 horas à Secretaria Municipal de Saúde⁵³. Essa obrigatoriedade está exposta no artigo 8º da Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975⁵⁴.

A omissão da denúncia à autoridade pública é crime, com pena prevista no Código Penal (1940), art. 269 – “Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória: Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa”⁵⁵ – e ilícito ético, conforme artigo 21 da Resolução CFM 2.217 (2018) – “Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente”. Sem considerar o contido no artigo 73, que trata da obrigação de quebra de sigilo em situação de dever legal, como é a notificação compulsória⁵⁶.

Finalmente, é dever do médico conhecer essa condição tão frequente e com alta carga de letalidade.

Carmo JS, Silveira PHFS, Vignardi RG, Canicoba GS, Mota ACMF, Miziara CSMG, Miziara ID. Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence as a Predisposing Factor for Suicide. *Saúde, Ética & Justiça*. 2020;25(1):3-9.

ABSTRACT: Non-suicidal self-injury is frequent among adolescents and is associated with subsequent attempted and completed suicides, suggesting that these behaviors and their related psychology may be on the same risk trajectory. Legal rules determine the doctor's obligation to notify suspected or confirmed cases of self-harm to health authorities. However, it is not just a matter of complying with the legal requirements; the doctor must be aware of this possibility, knowing how adolescents function and what might trigger harmful behavior to be able to adopt effective preventive measures. In general, adolescents report that self-harm relieves angst, guilt, or shame as a form of self-punishment. While non-suicidal self-injury often momentarily relieves anxiety, it frequently leads to long-term negative consequences. This narrative study aimed to point out the main topics related to this grave and highly prevalent problem.

KEY WORDS: Self-Injurious Behavior; Adolescent Behavior; Suicide, Attempted; Suicidal Ideation; Suicide.

REFERÊNCIAS

1. Muehlenkamp JL, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2012 [Acesso em 2020 mai. 10];6(10):1-9. Disponível em: <http://www.capmh.com/content/6/1/10>. DOI: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
2. World Health Organization (WHO). Suicide [Internet]. Geneva; 2019. [Acesso em 2020 jul. 10]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(Suppl. 1):S75–S79. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0365-7>
4. Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS, Santos N, Gouveia-Pereira M. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psych Research*. 2020;287:112553. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
5. Borschmann R, Becker D, Coffey C, Spry E, Moreno-Betancur M, Moran P, et al. 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2017;1(3):195–202. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30007-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30007-X)
6. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *J Affect Disord*. 2015;175:147–51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
7. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:237–66. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095323>
8. Aggarwal S, Patton G, Reavley N, Sreenivasan S, Berk M. Youth self-harm in low-and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(4):359–75. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764017700175>
9. McMahon EM, Keeley H, Cannon M, Arensman E, Perry IJ, Clarke M, et al. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:1929–35. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0907-z>
10. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):167–74. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30478-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30478-9)
11. Westers NJ. Not a fad: Nonsuicidal self-injury and suicide attempts. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019;24(4):653–7. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104519873496>
12. International Society for the Study of Self-Injury (ISSS). What is nonsuicidal self-injury? [Internet]. 2018 [Acesso em 2020 jul. 02]. Disponível em: <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>
13. Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [tese] [Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. [Acesso em 2020 jun. 12]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/publico/JackelineSuzieGiusti.pdf>
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 [Internet]. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. [Acesso em 2020 jun. 21]. Disponível em: <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
15. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*. 2018;27(2):257–61. DOI: <https://doi.org/10.17219/acem/66353>

16. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Anguita AG, et al. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(10):733–41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
17. 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 Life Threat Behav*. 2014;44(3):273–303. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
18. Ammerman BA, Jacobucci R, Kleiman EM, Uyeji LL, McCloskey MS. The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(1):31–7. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12330>
19. Muehlenkamp JJ, Xhunga N, Brausch AM. Self-injury age of onset: a risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Arch Suicide Res*. 2019;23(4):551–63. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>
20. 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. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2(2):1–11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
21. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11(2):129–47. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
22. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry*. 2014;59(11):565–8. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
23. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011;41(9):1981–6. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
24. Zetterqvist M, Lundh L, Dahlström Ö, 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. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41:759–73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
25. Burešová I, Vrbová M, Čerňák M. Personality characteristic of adolescent self-harmers. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015;171:1118–27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.274>
26. Peters JR, Mereish EH, Krek MA, Chuong A, Ranney ML, Solomon J, Spirito A, et al. Sexual orientation differences in non-suicidal self-injury, suicidality, and psychosocial factors among an inpatient psychiatric sample of adolescents. *Psych Res*. 2020;284:112664. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112664>
27. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339–63. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
28. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(3):616–23. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>
29. Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, Gilman SE, Pridgen B, Gold J, Auerbach RP Adolescent self-injurers: comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res*. 2017;84:105–12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>
30. Selby EA, Kranzler A, Lindqvist J, Fehling KB, Brillante J, Yuan F, et al. The dynamics of pain during nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Sci*. 2019;7(2):302–20. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702618807147>
31. International Society for the Study of Self-Injury (ISSI). About self-injury [Internet]. 2018 [Acesso em 2020 jun. 25]. Disponível em: <https://itriples.org/category/about-self-injury/>
32. Jonsson LS, Svedin CG, Priebe G, Fredlund C, Wadsby M, Zetterqvist M. Similarities and differences in the functions of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) and Sex as Self-Injury (SASI). *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(1):120–36. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12417>
33. Fredlund C, Svedin CG, Priebe G, Jonsson LS, Wadsby M. Self-reported frequency of sex as self-injury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11(9):1–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-017-0146-7>
34. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special feature: the inner experience of the borderline self-mutilator. *J Pers Disord*. 1987;1(4):317–24. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.317>
35. Nock MK, Joiner Jr. TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006;144(1):65–72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
36. St. Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Res*. 2012;197(1–2):78–84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.050>
37. Glenn JJ, Michel BD, Joseph M, Franklin JC, Hooley JM, Nock MK. Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):921–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.016>

38. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:156–67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
39. Gu H, Ma P, Xia T. Childhood emotional abuse and adolescent nonsuicidal self-injury: the mediating role of identity confusion and moderating role of rumination. *Child Abuse Neglect.* 2020;16:104474. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104474>
40. Haid-Stecher N, Sevecke K. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: the impact of emotion regulation. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2019;68(7):623-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.13109/prkk.2019.68.7.623>
41. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry.* 2011;168(5):495-501. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
42. Sami H, Hallaq E. Nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults with prolonged exposure to violence: the effect of post-traumatic stress symptoms. *Psychiatry Res.* 2018;270:510-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.028>
43. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J Abnormal Psychol.* 2013;122(1):231–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0030278>
44. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *J Youth Adolescence.* 2005;34:447-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
45. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(2):194–201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/eip.12461>
46. Chanen AM. Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *J Clin Psychol.* 2015;71(8):778–91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22205>
47. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zanarini MC. Suicide attempts and self-injurious behaviors in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health.* 2017;11(3):157–63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1375>
48. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Patterns of non-suicidal self-injury and their relationship with suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Arch Suicide Res.* 2018;22(3):465-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2017.1358226>
49. Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M. Depressed adolescents as young adults: predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *J Affect Disord.* 2014;152-154:313-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.031>
50. United Nations News. 800,000 people commit suicide every year: WHO [Internet]. Geneva; 2018. [Acesso em 13 jul. 2020]. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2018/09/1018761>
51. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 [Internet]. Brasília, DF; 2019. [Acesso em 2020 jul. 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm
52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2016. [Acesso em 2020 jul. 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html
53. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1975. [Acesso em 2020 jul. 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm
54. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1940 dez. 31 [Acesso em 2020 jul. 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
55. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019. [Acesso em 2020 jul. 19]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

Recebido em: 05/06/2020

Aceito em: 29/06/2020