

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Fabiana Haddad Kurbhi

**Autoagressividade leve na infância:
uma análise desenvolvimentista junguiana**

São Paulo
2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Fabiana Haddad Kurbhi

Autoagressividade leve na infância:
uma análise desenvolvimentista junguiana
VERSÃO CORRIGIDA

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obter o título de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Escolar
e do Desenvolvimento
Orientadora: Profa. Dra. Helena Rinaldi
Rosa.

São Paulo
2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Haddad Kurbhi, Fabiana

Autoagressividade na infância: uma análise desenvolvimentista junguiana /
Fabiana Haddad Kurbhi; orientador Helena Rinaldi Rosa. -- São Paulo, 2022.
96 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2022.

1. Agressividade. 2. Apego emocional. 3. Psicologia junguiana. 4. Psicologia do
desenvolvimento. 5. Desenvolvimento infantil. I. Rinaldi Rosa, Helena, orient. II.
Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Kurbhi, Fabiana Haddad

Título: Autoagressividade leve na infância: uma análise desenvolvimentista junguiana

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Helena Rinaldi Rosa, por ter caminhado comigo ao longo de mais este rito de passagem acadêmico.

Aos membros da banca pela disponibilidade, pelas sugestões e críticas neste percurso, e por contribuírem à gestão deste trabalho. Em especial à Ana Galvão Rios, que me inspira com a sua sabedoria e me faz ver o melhor de mim.

Agradeço às crianças que me instigam e me desafiam a querer entendê-las, em especial àquelas que aceitaram participar desta pesquisa.

À Yara Castro, que pacientemente e suavemente me ajudou a traduzir números, curvas e relações estatísticas em palavras compreensíveis.

Ao Marcos e à Giovanna, amigos queridos, e ao meu irmão, Fernando, pelos seus conhecimentos técnicos.

Aos colegas Lúcia Helena, Eliwelton e Giselle pelos cafés, pelas trocas e pelo apoio.

À minha família por estar sempre por perto.

Ao meu amor tardio e secreto, que vê em mim possibilidades infinitas.

Filhos... filhos?
Melhor não tê-los!
Mas se não os temos
Como sabê-lo?
... E então começa
A aporrinhação:
Cocô está branco
Cocô está preto
Bebe amoníaco
Comeu botão.
... Chupam gilete
Bebem xampu
Ateiam fogo
No quarteirão
Porém, que coisa
Que coisa louca
Que coisa linda
Que os filhos são!

(Moraes, 1987, p. 261 e 262)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa em que foi feita uma análise compreensivo-descritiva da autoagressividade leve, como roer unhas, arrancar pelinhas e casquinhas do corpo, em crianças. Foi usado o referencial teórico da psicologia analítica junguiana desenvolvimentista. O principal objetivo desta pesquisa foi verificar se há relação entre a ocorrência de autoagressões leves em crianças e o tipo de apego parental considerado negativo por elas. Foram utilizados dois instrumentos: um questionário sobre o tipo de autoagressão leve praticada e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), que mede a forma como a criança percebe o apego parental. A aplicação dos instrumentos foi individual e remota. A amostra final foi composta de 50 crianças, entre 8 anos e 11 anos e 11 meses de idade, escolhidas por conveniência. Não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre autoagressões leves em crianças e o tipo de apego estabelecido entre as crianças e as respectivas figuras de apego. Foi possível verificar que comportamentos autoagressivos leves ocorrem em todas as faixas etárias estudadas (dos 8 aos 11 anos e 11 meses) em ambos os sexos, mas têm características diferentes em cada faixa-etária. Estes comportamentos podem se sobrepor, ou seja, a criança pode praticar mais de uma autoagressão leve ao mesmo tempo. O pico de comportamentos autoagressivos foi aos 11 anos de idade. Verificou-se que um tipo de apego ambivalente (ou desorientado) estabelecido entre cuidadores e criança foi preponderante nesta amostra para o surgimento de autoagressões leves. Quatro por cento da amostra praticou ou pratica autoagressões graves, mas essas crianças possuíam características muito diversas entre si, não sendo possível caracterizar esse pequeno grupo. Também não foi possível verificar se as autoagressões leves são ou não preditoras de autoagressões mais graves nem verificar quais seriam os outros fatores que podem provocar ou induzir a autoagressões leves. Se se adota a premissa de que os comportamentos autoagressivos leves se relacionam com os padrões de apego da criança, e se se assume epistemologicamente a teoria desenvolvimentista junguiana como referência, pode-se inferir que as alterações dos padrões de apego, ao longo da vida por meio do surgimento de modelos secundários de apego e da maturação

do indivíduo, levam também a uma mudança comportamental, de forma que a autoagressividade pode diminuir ou aumentar. Conclui-se que, apesar das limitações dos resultados, a pesquisa colaborou com a identificação e caracterização do fenômeno autoagressividade leve em crianças e poderá colaborar com o tratamento, com a prevenção e com a implementação de políticas públicas sobre o tema.

Palavras-chave: Agressividade. Apego emocional. Psicologia junguiana. Psicologia do desenvolvimento. Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

This is a qualitative and quantitative research in which a developmental comprehensive and descriptive analysis was made about children's mild self-harm, like biting nails, pulling out little pieces of skin and scabs from the body, based on a developmental Jungian theory. The main objective of this research is to verify if there is a relationship between the children's mild self-harm and their perception of a negative parental attachment. For this purpose, two instruments were used: a questionnaire about the mild self-harm practiced and the Perception of Family Support Inventory (IPSF, *Inventário de Percepção de Suporte Familiar*), which measures the child's perception about parental attachment. The instruments were both individually and remotely applied, and the sample consisted of 50 children between 8 and 11 years and 11 months old selected by convenience. On the one hand, it was impossible to establish a statistically significant relationship between children's mild self-harm and the attachment type established between each one of them and their respective attachment figures. On the other hand, it was possible to verify that mild self-harm behaviors occur in all age groups studied (from 8 to 11 years and 11 months old) and in both genders, but with different characteristics in each age group. These behaviors can overlap, that is, the child can commit more than one mild self-harm at the same time, with the peak of self-harm behaviors occurring on 11-year-old children. It was found that an ambivalent (or disoriented) attachment established between caregivers and the child was predominant in this sample for the emergence of mild self-harm. The results also showed that four percent of the sample committed or still commits serious self-harm acts, but these children had quite different characteristics. It was not possible to characterize this small group; it was not possible to verify whether or not mild self-harm predicts more severe self-harm; it was not possible to verify what other factors could cause or induce the mild self-harm. If one adopts the premise that mild self-harm behaviors are related to the child's attachment patterns and one assumes epistemologically the Jungian developmental theory as a reference, we can infer that changes in attachment patterns throughout life through the emergence of secondary attachment models and the maturation of the individual also lead to a behavioral change, so that self-harm may be intensified or be softened. Regardless of the

limitations of the results, it is concluded that the research collaborated with children's mild self-harm phenomenon identification and characterization, besides having collaborated with the treatment, prevention, and implementation of public policies on the subject.

Keywords: Aggressiveness. Emotional attachment. Jungian psychology. Developmental Psychology. Child development.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1	Violência autoprovocada em crianças de 5 a 9 anos na cidade de São Paulo _____	p. 19
TABELA 2	Violência autoprovocada em crianças de 10 a 14 anos na cidade de São Paulo _____	p. 22
TABELA 3	Distribuição da amostra por idade _____	p. 55
TABELA 4	Distribuição da amostra por sexo _____	p. 56
TABELA 5	Distribuição da amostra segundo a constituição da parentalidade _____	p. 56
TABELA 6	Frequência de roer unha _____	p. 59
TABELA 7	Frequência de arrancar pelinha _____	p. 59
TABELA 8	Frequência de arrancar casquinha _____	p. 59
TABELA 9	Teste de Mann-Whitney para roer unha _____	p. 69
TABELA 10	Teste de Mann-Whitney para arrancar pelinha _____	p. 70
TABELA 11	Teste de Mann-Whitney para arrancar casquinha _____	p. 70
FIGURA 1	Violência autoprovocada de 5 a 9 anos na cidade de São Paulo _____	p. 19
FIGURA 2	Violência autoprovocada de 10 a 14 anos na cidade de São Paulo _____	p. 20
FIGURA 3	Total de notificações de violência autoprovocada de 5 a 14 anos na cidade de São Paulo _____	p. 22
FIGURA 4	Funções da autoagressão não-suicida _____	p. 36
FIGURA 5	Tipos de apego _____	p. 42
FIGURA 6	Proporção sexo x autoagressão _____	p. 60
FIGURA 7	Proporção parentalidade x autoagressão _____	p. 60
FIGURA 8.1	Proporção autoagressão x idade _____	p. 61
FIGURA 8.2	Proporção autoagressão x idade _____	p. 61
FIGURA 8.3	Proporção autoagressão x idade _____	p. 62
FIGURA 9	Grupos do Fator 1 - Afetivo-consistente _____	p. 63
FIGURA 10	Grupos do Fator 2 – Adaptação _____	p. 63

FIGURA 11	Grupos do Fator 3 – Autonomia _____	p. 64
FIGURA 12	Roer unha x afetivo-consistente _____	p. 65
FIGURA 13	Roer unha x adaptação _____	p. 65
FIGURA 14	Roer unha x autonomia _____	p. 66
FIGURA 15	Arrancar pelinha x afetivo- consistente _____	p. 66
FIGURA 16	Arrancar pelinha x adaptação _____	p. 67
FIGURA 17	Arrancar pelinha x autonomia _____	p. 67
FIGURA 18	Arrancar casquinha x afetivo consistente _____	p. 68
FIGURA 19	Arrancar casquinha x adaptação _____	p. 68
FIGURA 20	Arrancar casquinha x autonomia _____	p. 69
FIGURA 21	Nuvem de pontos para a construção dos clusters ____	p. 70
FIGURA 22	Fatores predominantes em cada cluster _____	p. 71
FIGURA 23	Idades x cluster _____	p. 71
FIGURA 24	Sexo x cluster _____	p. 72
FIGURA 25	Constituição da parentalidade x cluster _____	p. 73
FIGURA 26	Roer unha x cluster _____	p. 73
FIGURA 27	Arrancar pelinha x cluster _____	p. 74
FIGURA 28	Arrancar casquinha x cluster _____	p. 74
FIGURA 29	Média por fator _____	p. 75

LISTA DE SIGLAS

CFP	Conselho Federal de Psicologia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
IPSF-IJ	Inventário de Percepção de Suporte Familiar Infanto-Juvenil
ISAS	Escala de Avaliação Sobre Autoinjúria
ISSI	International Society for the Study of Self-Injury
O.C.	Obras Completas
PBI	Parental Bonding Instrument
RQ	Questionário de Relacionamento
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SHI	Escala de Avaliação de Conduas de Automutilação
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SIQ	Questionário de Auto Injúria
SIVVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
SPAD	Système Portable d'Analyse des Données
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

SUMÁRIO

1. Introdução _____	p. 15
2. Desenvolvimento _____	p. 16
2.1. Autoagressão: dados e definições _____	p. 16
2.2. A função da autoagressividade _____	p. 34
2.3. Ego, apego e regulação dos afetos _____	p. 37
2.4. Objetivo _____	p. 54
2.5. Método _____	p. 54
2.5.1. Aspectos Éticos da pesquisa _____	p. 55
2.5.2. População _____	p. 55
2.5.3. Instrumentos _____	p. 56
2.5.4. Procedimentos _____	p. 58
2.5.5. Resultados _____	p. 58
2.5.6. Discussão _____	p. 75
3. Considerações Finais _____	p. 82
Referências _____	p. 85
Anexos _____	p. 91
ANEXO A _____	p. 92
ANEXO B _____	p. 94
ANEXO C _____	p. 95
ANEXO D _____	p. 96

1. Introdução

O interesse pelo tema autoagressividade na infância surgiu da prática clínica da pesquisadora diante da preocupação de pais, escolas e profissionais da saúde com a possibilidade de crianças iniciarem a prática de autoagressão no contato com vídeos, jogos ou aplicativos como Baleia Azul (em 2017), SimSimi (em 2018), Momo (em 2018/2019) e, mais recentemente, o Homem Pateta (em 2020). Esses conteúdos foram veiculados nas mídias digitais, comumente acessadas pelo público infanto-juvenil nos últimos anos e incentivam a prática autoagressiva e o suicídio de crianças.

Pesquisar quais eram as possíveis relações entre os meios de comunicação e as práticas autoagressivas em crianças despertou o interesse inicial da pesquisadora, porém os achados bibliográficos levaram a outras possibilidades de estudo. Nesse percurso, constatou-se que existem diferentes níveis de autoagressão (leves, moderadas e graves) e passou-se a se questionar como a criança que supostamente nunca praticou nenhum tipo de autoagressão anteriormente pode ser induzida à prática autoagressiva grave sugestionada pelas mídias. Passou-se então a se trabalhar com a hipótese de que talvez as crianças que são de fato sugestionadas no contato com esses programas, jogos e aplicativos talvez tivessem apresentado antes algum tipo de autoagressão. Tal autoagressão teria sido desconsiderada e sua importância minimizada pelos seus cuidadores.

Na revisão de literatura realizada, o fenômeno da autoagressividade mostrou-se extremamente complexo e amplo por não haver consenso entre os pesquisadores. Verificou-se que há uma imensa variedade de comportamentos que podem ser entendidos como autoagressivos. Observou-se que uma grande diversidade de conceitos, de terminologias e de definições de autoagressão podem caracterizar uma doença ou serem entendidas como sintomas de outras doenças. A essas questões nem mesmo o DSM 5 (2014) oferece uma solução satisfatória, colocando algumas autoagressões dentro da sessão “Condições para estudos posteriores”.

Notou-se haver uma classe de comportamentos pouco estudados entre os fenômenos autoagressivos e que, eventualmente, aparece como queixa nos consultórios de psicologia, odontologia e dermatologia. São os comportamentos

autoagressivos leves, aqueles mais corriqueiros e frequentes entre as crianças - como roer unhas, arrancar peles (da boca ou dos dedos) e arrancar casquinhas de machucados - comportamentos que não representam um risco imediato ao indivíduo, mas, ainda assim, constituem uma queixa parental. Assim, o interesse da pesquisadora voltou-se para o estudo desses comportamentos.

A hipótese que orientou a pesquisa que deu origem a esta dissertação é que as ocorrências de autoagressões leves podem estar relacionadas com as formas de apego que a criança estabelece com seus cuidadores principais. Portanto, o principal objetivo neste estudo foi tentar relacionar a ocorrência de autoagressões leves em crianças com a percepção que elas têm sobre as suas relações parentais.

Esta foi uma pesquisa quali-quantitativa na qual foi feita uma análise compreensivo-descritiva da autoagressividade infantil após a apreensão desse fenômeno por meio de dois instrumentos: um questionário fechado com respostas dicotômicas (sim/não) sobre quatro tipos de autoagressões leves e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). A coleta de dados empíricos foi um recurso usado pelo próprio Jung na sua jornada como pesquisador, que recorreu a observações e experimentos de comportamentos de doentes mentais. Os estudos de associação de palavras são um exemplo das pesquisas realizadas por Jung (O. C. v. 2) para fundamentar e exemplificar a sua teoria psicológica dos complexos.

O presente estudo buscou uma aproximação com o tema autoagressividade leve em crianças com o intuito de ampliar a compreensão de pais e pesquisadores sobre esse fenômeno na contemporaneidade. A psicologia desenvolvimentista junguiana, que tem revisitado a Teoria do Apego de Bowlby (2002), serviu como referencial teórico que sustentou a compreensão dos fenômenos autoagressivos nesta pesquisa.

2. Desenvolvimento

2.1. Autoagressão: dados e definições

“Eu estava comendo a mim mesma, que também sou matéria vida do sabá.”

(Lispector, 1991, p. 133)

Na busca por dados epidemiológicos sobre a autoagressão em crianças no Brasil e na cidade de São Paulo, chegou-se à plataforma SINAN (Sistema de Notificação de Agravos de Notificação). Essa plataforma é um recurso da Vigilância Epidemiológica do SUS (Sistema Único de Saúde), que, desde 2009, recomenda o preenchimento da Ficha de Notificação de Investigação de Violência Interpessoal ou Autoprovocada, parte do Sistema SIVVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes) e cujo preenchimento tornou-se compulsório por meio da Portaria GM/MS nº 2.472 de 31 de agosto de 2010.

O manual VIVA: Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, do Ministério da Saúde (2016), distingue a violência autoprovocada como “ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios” (p.23) da violência interpessoal (doméstica ou comunitária). Nele a violência doméstica é definida como aquela que ocorre entre pessoas da família, e, a comunitária, aquela que ocorre entre pessoas da comunidade. Os tipos de violências mencionadas neste manual são:

- Força corporal/spancamento: inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros.
- Enforcamento: inclui estrangulamento, esganadura, “gravata” e outros.
- Objeto contundente: inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros.
- Objeto perfurocortante: inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros.
- Substância/objeto quente (queimadura): inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor-d’água, substância química e outras.
- Envenenamento, intoxicação: inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc.
- Arma de fogo: inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros.
- Ameaça: inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet etc.
- Outro: qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas. (Ministério da Saúde, 2016)

Os dados do SINAN pretendem levantar o perfil, tipo e local de violências percebidas pelos serviços de saúde e articular ações com a rede de atenção e proteção social. De acordo com a recomendação de notificações

Esta ficha é preenchida nos serviços de saúde (podendo ainda ser preenchida por outros serviços, como Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena ou Centro Especializado de Atendimento à Mulher – dependendo da organização da rede local), quando da suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas. Esta ficha é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINANET) pelas equipes locais de saúde. . . Destaca-se também que em qualquer suspeita ou caso confirmado de violência contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres essa notificação é compulsória em conformidade com a legislação (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e Lei nº 10.778/2003, que obriga a notificação de violências contra mulheres). (Ministério Da Saúde, 2019).

No site do DATASUS (2019), banco de dados do Ministério da Saúde que reúne informações de saúde do país, observa-se que o número de notificações de violência autoprovocada do SINAN (por força corporal, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, objeto ou substância quente, envenenamento e arma de fogo) em crianças entre 5 e 14 anos de idade na cidade de São Paulo é crescente.

É muito provável que os dados sobre violência autoprovocada tenham sido subnotificados nos anos anteriores e que o aumento dos números reflita apenas o aumento das notificações de violência e não necessariamente um aumento do fenômeno em si. A subnotificação de dados de violência pode ocorrer por vários motivos: pela ideia, ainda comum, de que crianças não são violentas; pela falta de informação dos profissionais sobre os objetivos da coleta desses dados, por medo de represália das famílias dos pacientes ou dos agressores, por falta de tempo ou de interesse para os devidos registros e até mesmo desconhecimento da referida Portaria. A subnotificação de violência e outros agravos desencadeou, a partir de 2010, um trabalho específico da Coordenadoria de Saúde da cidade de São Paulo com os profissionais de saúde, para que as notificações fossem devidamente feitas, informando sobre o seu caráter epidemiológico e não denunciativo.

Além disso, tal Portaria define que tais notificações podem ser feitas pelo profissional de saúde na **suspeita** ou confirmação de violência ou agressão, prescindindo de investigação, o que certamente compromete a confiabilidade e objetividade dos dados registrados. Vale lembrar que, nos serviços particulares de saúde, as notificações de violência ainda são um tabu, e, muitas vezes, não são registradas.

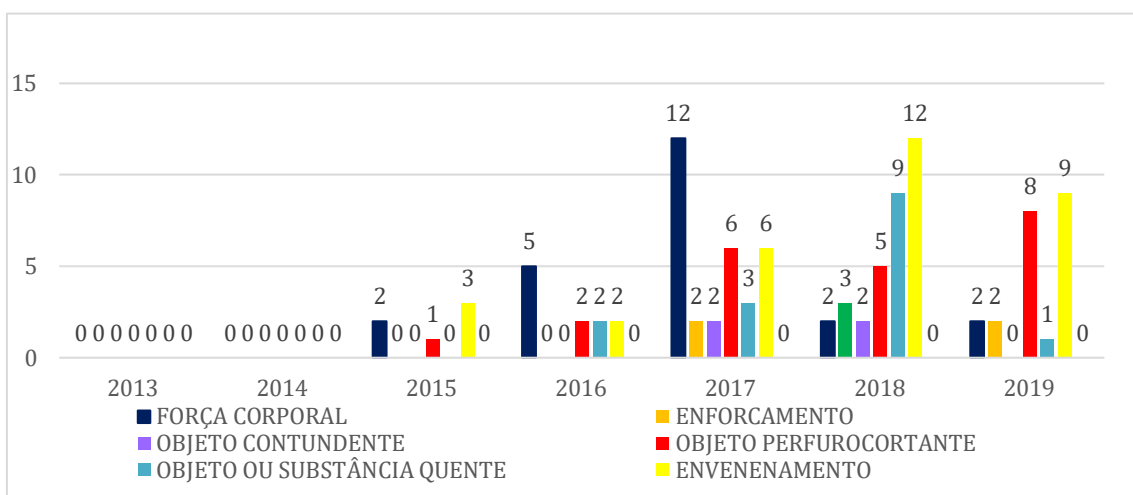
As tabelas e figuras abaixo foram elaboradas pela pesquisadora a partir dos dados de 2013 a 2019 divulgados no site do DATASUS até o momento. As tabelas revelam que a violência autoprovocada em crianças de 5 a 9 anos (Tabela 1 e Figura 1) é qualitativamente diferente daquela provocada por crianças de 10 a 14 anos (Tabela 2 e Figura 2).

Tabela 1: Violência autoprovocada em crianças de 5 a 9 anos na cidade de São Paulo

5 a 9 anos	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FORÇA CORPORAL	0	0	2	5	12	2	2
ENFORCAMENTO	0	0	0	0	2	3	2
OBJETO CONTUNDENTE	0	0	0	0	2	2	0
OBJETO PERFUROCORANTE	0	0	1	2	6	5	8
OBJETO OU SUBSTÂNCIA QUENTE	0	0	0	2	3	9	1
ENVENENAMENTO	0	0	3	2	6	12	9
ARMA DE FOGO	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	0	0	6	11	58	137	55

Fonte: Kurbhi (2021)

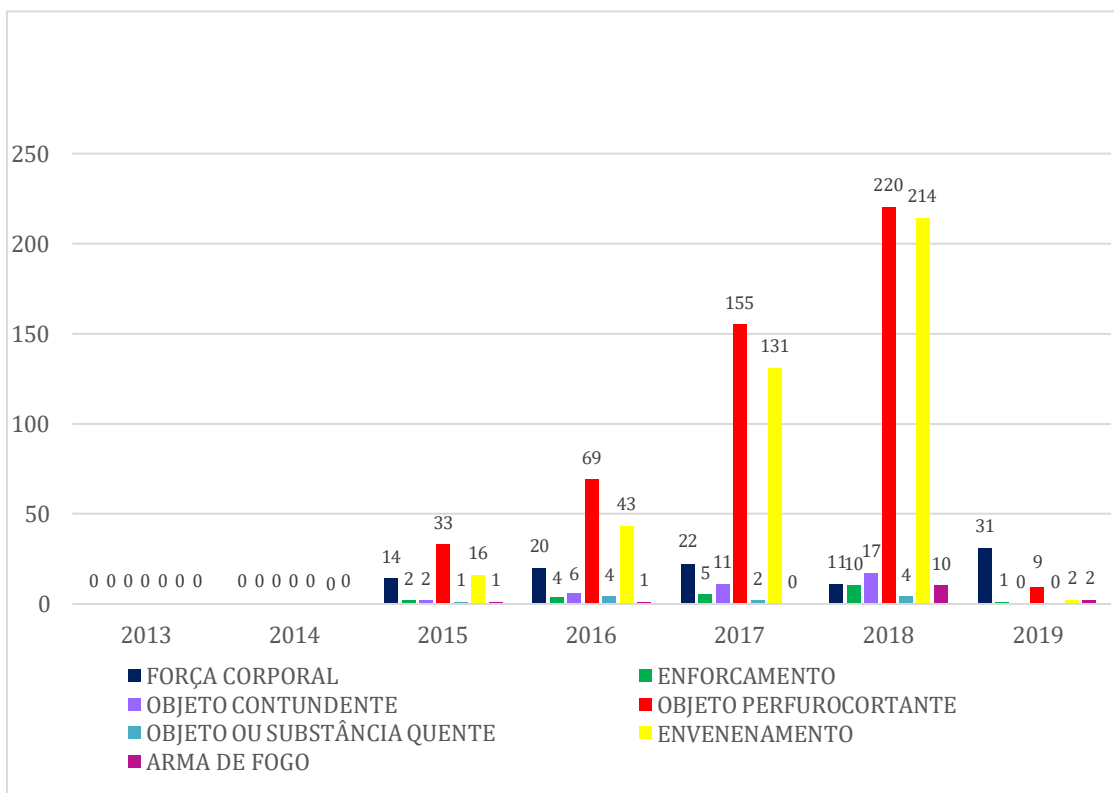
Figura 1: Violência autoprovocada de 5 a 9 anos na cidade de São Paulo



Fonte: Kurbhi (2022)

Verifica-se que entre crianças de 5 a 9 anos (Tabela 1) não há registros de incidentes autoprovocados com arma de fogo. Além disso, a ocorrência de enforcamento entre essas crianças é muito pequena, provavelmente devido à dificuldade que elas têm no planejamento dessa modalidade de autoagressão. As autoagressões mais frequentes entre o público em questão são decorrentes de força corporal, de envenenamento e de objeto ou substância quente. Isso sugere que tais eventos são decorrentes da falta do controle dos impulsos, de acidentes ou da falta de supervisão de um adulto. Portanto, pode-se inferir que as autoagressões nessa faixa-etária não são intencionais. É possível, ainda, que essas ocorrências sejam as mais notificadas por serem aquelas que chegam ao conhecimento dos serviços de saúde de urgência e emergência, havendo autoagressões menos graves ou menos evidentes que não são notificadas ou percebidas por adultos ou ainda em consultas de puericultura rotineiras.

Figura 2: Violência autoprovocada de 10 a 14 anos na cidade de São Paulo



Fonte: Kurbhi (2022)

Tabela 2: Violência autoprovocada em crianças de 10 a 14 anos na cidade de São Paulo

10 a 14 anos	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
FORÇA CORPORAL	0	0	14	20	22	11	31
ENFORCAMENTO	0	0	2	4	5	10	1
OBJETO CONTUNDENTE	0	0	2	6	11	17	0
OBJETO PERFUROCORTANTE	0	0	33	69	155	220	9
OBJETO OU SUBSTÂNCIA QUENTE	0	0	1	4	2	4	0
ENVENENAMENTO	0	0	16	43	131	214	2
ARMA DE FOGO	0	0	1	1	0	10	2
TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	0	0	89	173	387	633	867

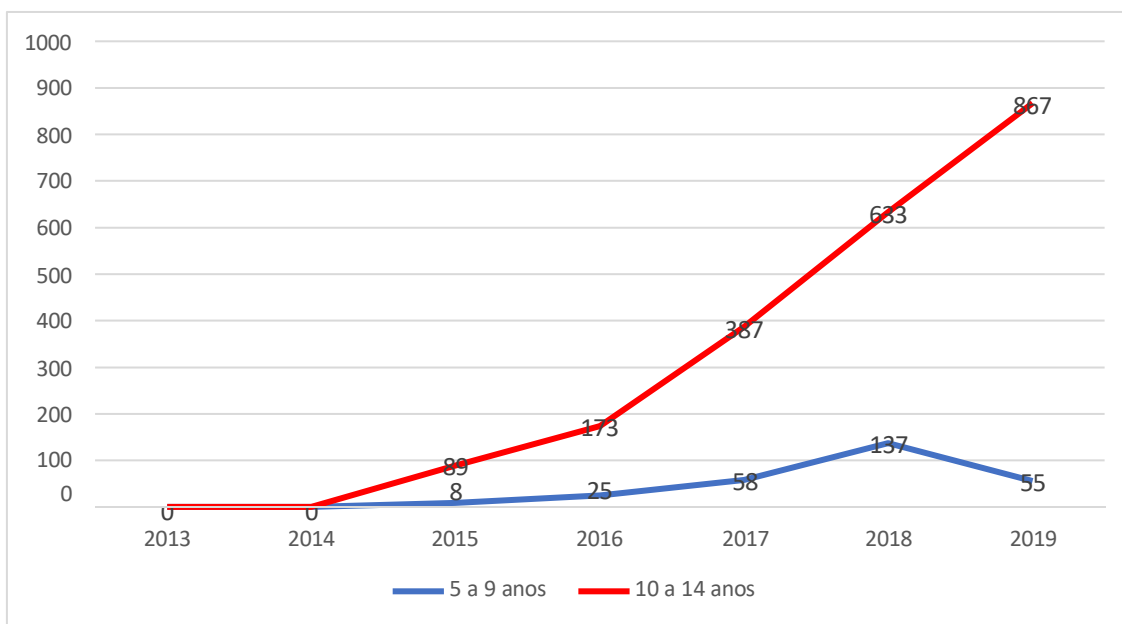
Fonte: Kurbhi (2022)

Nas crianças com idade entre 10 e 14 anos (Tabela 2), a maior parte das notificações aponta para o uso de objetos perfurocortantes e para a ingestão de substâncias. Tais dados sugerem que talvez possa haver alguma intenção da criança ao praticar a autoagressão, uma vez que se espera que, nessa faixa etária, as crianças já tenham certo discernimento para o uso de materiais perfurocortantes e saiba o perigo da ingestão de substâncias potencialmente nocivas à saúde.

A Figura 3 faz trazer o total de notificações de autoagressões na cidade de São Paulo, de 2013 a 2019, entre os dois grupos etários. Nota-se que até 2014 não havia notificações de violência autoprovocada e, a partir daquele ano, houve um aumento considerável das notificações, principalmente nas crianças mais velhas.

É possível observar ainda que as violências autoprovocadas passíveis de notificações no SINAN/DATASUS englobam os comportamentos autoagressivos graves com consequências também graves no público infantil. As autolesões mais leves, decorrentes de comportamentos menos graves, como, por exemplo, morder-se ou arranhar-se, ficam fora das notificações e estatísticas desse sistema.

Figura 3: Total de notificações de violência autoprovocada em crianças de 5 a 14 anos na cidade de São Paulo



Fonte: Kurbhi (2022)

Em abril de 2019, o Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos sancionou a Lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. O Ministério prevê a notificação compulsória e sigilosa em casos de tentativas de suicídio e práticas de automutilação de crianças, adolescentes e jovens por estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares. De acordo com o site, o objetivo dessa lei é obter dados estatísticos, direcionar o atendimento em áreas de maior incidência dessas ocorrências e intensificar políticas públicas. O Ministério estima que 20% de jovens (14 milhões de pessoas) no Brasil, se automutilam.

O site da Prefeitura do Município de São Paulo (2019) mostra dados do IBGE com base no censo de 2010. Estima-se uma população geral de 11.253.503 habitantes na cidade de São Paulo, sendo 758.279 crianças de 5 a 9 anos e 867.430 crianças de 10 a 14 anos. Esses dados, ao serem confrontados com os do DATASUS, levam à conclusão de que o número de notificações de violência autoprovocada não chega a 1% da população geral de crianças na cidade de São Paulo no mesmo período. Portanto, os casos de autoagressão notificados pelo SINAN estão muito abaixo do que supõe o Ministério da Mulher,

Família e dos Direitos Humanos. No site do Ministério, não há estatísticas disponíveis sobre o tema nem menção quanto às formas com que as notificações deverão ser feitas: há apenas a notícia sobre a capacitação de profissionais para atendimento telefônico de possíveis casos (dados de 2019).

Supostamente o serviço de notificação de violência e agravos já é feito pelo SUS através do SINAN desde 2010 por profissionais de diversas áreas de atenção a diversos públicos, sem o caráter de denúncia e com o objetivo final de articular atenção em rede articulada da saúde com os demais serviços de proteção. Parece que o atendimento telefônico proposto pelo Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos poderia ser um recurso de identificação e de direcionamento de casos graves, que agilizaria a articulação de cuidados da criança ou adolescente, mas existe o risco de que esse serviço assuma a característica de denúncia de casos sem que se torne uma forma de cuidado efetivo com o agredido. Além disso, os casos de tentativa de suicídio e automutilação infantis podem ser bastante graves e de difícil manejo, necessitando de um projeto terapêutico bastante cuidadoso envolvendo diversos atores, como a participação e responsabilização da família nos cuidados com a criança em risco, o que é difícil de ser feito à distância sem conhecimentos da rede de atendimento e das condições da família na qual a criança está inserida.

No Brasil, existem recursos legais para a identificação, notificação e enfrentamento das autoagressões infantis graves por profissionais da saúde e da educação, mas infelizmente esses recursos parecem não ter fôlego para constituírem uma política pública eficiente e de fato articulada. Nos sites consultados, não há registros sobre a evolução dos casos identificados nem sobre as formas mais eficazes de acompanhamento dessas autoagressões. Da mesma forma, não há orientações ou registros sobre os comportamentos infantis mais leves, que possam ser considerados preditores de autoagressões graves futuras.

Na busca de referências sobre os tipos de autoagressão infantil na literatura científica internacional, identificou-se diferentes termos como: *violência autoprovocada*, *autoinjúria*, *autolesão não-suicida*, *automutilação*, *'cutting'*, *'skin-*

*picking*¹. Desta forma, houve a necessidade em se definir mais precisamente o fenômeno a ser estudado neste trabalho.

Segundo o DSM 5 (2014), Plener e Fegert (2012), Zetterqvist (2015) e Rodríguez (2017), a autoagressão denominada *autolesão não-suicida* vem crescendo nos últimos anos, principalmente em adolescentes entre 12 e 15 anos de idade, na sua maioria entre o sexo feminino, com a proporção entre este e masculino de 3:1 ou 4:1. Para os autores, a duração média desse tipo de autoagressão é de 3,5 anos, não estando necessariamente ligada ao suicídio. Isso é facilmente observado nos serviços de psicologia, em que, com frequência, aparecem adolescentes do sexo feminino com práticas autolesivas transitórias sem a intenção suicida e sem um diagnóstico psiquiátrico que aponte tal prática. Raramente essas adolescentes referem desejo de morte e seus cortes são superficiais, feitos com lâminas de apontadores, facas de cozinha ou estiletes. Tais comportamentos podem surgir espontaneamente ou serem suscitados por estímulos de colegas. Ainda que preocupantes e impactantes, os comportamentos autoagressivos não-suicidas podem ser considerados menos graves do que um comportamento declaradamente suicida? O que os diferencia é a intenção?

Selby, Franklin, Carson-Wong e Rizvi (2013) concordam com o caráter não-suicida da prática autoagressiva, mas entendem que, em última instância e a longo prazo, a prática da chamada *autoinjúria* pode culminar em suicídio. Os autores se referem a uma prática não transitória e frequente, cuja intenção inicial não é suicidar-se, mas cujas consequências, como infecções ou a compulsão pelo cortar-se, podem ter num final imprevisível e até mesmo fatal. Esses autores alertam para um tipo de comportamento que, diferente da autolesão não-suicida, parece ser constante e insidioso.

Santos e Faro (2018) explicam que a *autoinjúria* pode ocorrer em qualquer fase da vida e, em crianças, geralmente é entendida como um sintoma de alguma psicopatologia. De fato, verifica-se que na criança existem comportamentos que são expressões de emoções as quais ela não consegue comunicar verbalmente, momentos em que surgem comportamentos e outras

¹ Será utilizada, a partir de agora, a terminologia usada por cada um dos autores estudados para referirem-se à autoagressão em itálico.

formas de expressão mais impulsivas, imediatas e não elaboradas como as autoagressões. Mas quando e como começam as autoagressões no público infantil?

Quanto ao início da prática autoagressiva, Gandhi, Luyckx, Baetens, Kiekens, Sleuwaegen, Berens, Maitra e Claes (2018) estudaram a população adulta na Bélgica e na Holanda. No estudo, os autores encontraram pessoas cuja prática *autolesiva* foi referida como tendo início aos 6 anos de idade. Os autores constataram que, aos 9 anos, houve um aumento considerável de pessoas que referiram o início desse comportamento, principalmente entre os meninos, mas a grande maioria da população estudada referiu início dessa prática aos 14 anos de idade em ambos os sexos.

Da mesma forma, Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji e McCloskey (2018) estudaram a relação entre a idade de início da autolesão não-suicida e comportamentos autodestrutivos em mulheres graduadas. Os autores encontraram relatos de pessoas que iniciaram tal prática aos 5 anos de idade. Para os pesquisadores, há evidências de que quanto mais cedo se inicia a *autolesão não-suicida* maior a gravidade do seu curso, assim como é maior a variabilidade das formas de autolesão e maior a duração dessa prática. Os autores mencionam a possibilidade de que o comportamento autolesivo, quando praticado antes dos 12 anos de idade, seja um tipo de preparação (inconsciente) para o comportamento suicida.

Se há notícias de autoagressões com início aos 5 ou 6 anos de idade, quais seriam os comportamentos autoagressivos que podem ser indicativos de maior gravidade no futuro? Como começam esses comportamentos? Observa-se que comportamento autoagressivo pode ter diferentes graus de manifestação e de gravidade e pode ocorrer desde muito cedo. Parece haver comportamentos autoagressivos que dificilmente são identificados pelos cuidadores da criança como dignos de um cuidado especial, por tratar-se de ferimentos leves, por serem considerados comportamentos pouco nocivos ou transitórios. Esses comportamentos pouco nocivos são qualitativamente diferentes daqueles notificados no DATASUS, que contém os dados de violências autoprovocadas graves.

O DSM 5 (2014) menciona que a *autolesão não-suicida* pode ser praticada por crianças pequenas no sentido de experimentação, que descontinuam a sua

prática devido à dor, portanto, para elas, tal prática não tem a função de trazer algum tipo de alívio emocional. Ainda de acordo com o DSM 5 (2014), faltam informações acerca do que pode incentivar ou inibir o surgimento e o desenvolvimento desta prática.

Historicamente Plener e Fegert (2012) mencionam que, desde os anos 60, há registros de práticas *autolesivas*, embora, segundo os autores, o primeiro estudo epidemiológico tenha ocorrido somente em 2002. Santos e Faro (2018) ressaltam que durante muito tempo esse comportamento foi entendido como relacionado ao suicídio e ao Transtorno de Personalidade Borderline (DSM IV), o que tem se mostrado pouco preciso. Segundo Plener e Fegert (2012), as pesquisas mais recentes permitiram a revisão dos critérios do DSM IV como será discutido mais adiante. Esses achados permitiram também mudanças na política de divulgação de conteúdos em redes sociais como o Youtube. Nos casos de Baleia Azul, SimSimi e Momo houve uma série de procedimentos legais em diversos países, que implicaram na suspensão desses conteúdos da internet. Tais tentativas vão desde a identificação e prisão dos responsáveis pela produção de tais conteúdos, passam pela criação de leis e normas de responsabilidade sobre os conteúdos online, até orientações de proteção e acompanhamento das práticas infantis online pelos seus responsáveis, já que (supostamente) esses conteúdos influenciam o comportamento infantil.

Dos autores estudados, somente Deliberto e Nocks (2008) apontam a possibilidade de relação entre o início do comportamento autoagressivo e conteúdos veiculados pela mídia. Na investigação sobre as razões atribuídas por adolescentes para o início de *autolesões não-suicidas*, os autores encontraram 38,8% de adolescentes que referiram ter tido a ideia de autoagressão por meio de colegas, 13,3% que relataram que a ideia veio da mídia, 20% que relatam que tiveram ideias por conta própria e 28,3% que relatam não se lembrarem como tiveram a ideia. Ou seja, metade da amostra da pesquisa refere ter tido a ideia de fontes interpessoais (no contato com outras pessoas ou no contato com meios de comunicação) e não de fontes intrapessoais (ou seja, a partir de si mesmas). Os pesquisadores alertam que, em pesquisas com essa, pode haver vieses em autorrelatos como fonte de ideias, de modo que os resultados obtidos podem não ser confiáveis. Essa pesquisa traz também um dado importante: os adolescentes que dizem ter iniciado o comportamento autolesivo como

consequência de ideias ou sugestões externas relatam ter intenção de parar esse comportamento também por interferência dessas fontes. Da mesma forma, os que referiram iniciar o comportamento por fontes internas (por si mesmos), manifestaram a intenção de parar por si mesmos.

Klonsky e Olinio (2008) identificam em seu estudo quatro subtipos de *autolesão não-suicida* em adultos, evidenciando a heterogeneidade das condutas autolesivas em adultos jovens:

1. Pessoas que tiveram experimentações autoagressivas, mas não de forma crônica;
2. Pessoas que praticam autoagressões leves como roer unhas, beliscar-se ou bater-se aproximando-se ligeiramente dos sintomas de transtornos borderline;
3. Pessoas que se autoagridem de forma automática batendo-se, mordendo-se, cortando-se, puxando os cabelos, beliscando-se, arranhando-se; comportamentos acompanhados de fortes sintomas de ansiedade e com início precoce;
4. Pessoas que se agridem depois de pensar algum tempo sobre a autoagressão, cujo comportamento é menos automático, com deliberação e premeditação de estratégias com o objetivo de diminuir as emoções negativas, numa clara falta de recursos para regulação das emoções. Esses comportamentos incluem envenenamento e overdose e estão associados à depressão, ansiedade e transtorno borderline.

Simeon e Favazza (2001, p. 214, citados por Sacha & Jean, 2016) identificam também quatro tipos de comportamentos autoagressivos:

1. Comportamentos estereotipados: gestos repetitivos, independentes do contexto e conteúdo emocional.
2. Comportamentos que resultam em danos graves, encontrados nas psicoses.
3. Comportamentos compulsivos: gestos repetitivos e ritualizados.
4. Comportamentos impulsivos: gestos feitos após um impulso e visando a alívio rápido de afetos negativos.

Mais do que uma questão semântica, o levantamento bibliográfico mostrou a dificuldade de delimitação e apreensão do fenômeno autoagressivo,

em especial, daqueles menos graves. Do que se fala quando se se refere ao comportamento autoagressivo? Completo (2014) respalda essa questão, pois ressalta a heterogeneidade da terminologia relacionada às condutas autoagressivas na literatura científica. A autora identifica uma grande variedade de termos que, na literatura científica, já foram entendidos como sinônimos, a saber: automutilação, autodano, autoinjúria, 'caving', 'cutting', autolesão, parassuicídio, comportamento suicidário, autoabuso e violência autoinfligida.

Segundo Guerreiro e Sampaio (2013), as diferenças sobre as nomenclaturas atribuídas ao fenômeno de autolesão e as diferentes compreensões acerca da intencionalidade (suicida ou não-suicida) geram imprecisões no levantamento de dados epidemiológicos e impedem os avanços das pesquisas relacionadas ao tema. Os autores encontraram divergências na denominação de condutas autoagressivas na literatura de língua inglesa. A automutilação deliberada (*deliberate self harm*) inclui todos os tipos de autolesão sem se preocuparem com a sua intencionalidade e reconhecendo a dificuldade de mensuração do fenômeno. A autolesão não-suicida (*non suicidal self injury*) envolve a intenção de lesionar a pele de diferentes formas, mas sem a intenção suicida.

Há autores que apontam outras dificuldades no levantamento de dados. De acordo com Deliberto e Nocks (2008), Guerreiro e Sampaio (2013) e o DSM 5 (2014), existem vieses relacionados à confiabilidade dos dados (por serem autorreferidos), à avaliação da intencionalidade da pessoa ao autolesionar-se (já que muitas vezes a pessoa não tem consciência do que a leva a esse comportamento), às motivações do início dessa prática (geralmente não mencionadas ou investigadas) e à constatação de que geralmente as pessoas que se autolesionam não buscam nenhum tipo de serviço de saúde. O DSM 5 (2014) questiona ainda se as pessoas não buscam os serviços de saúde porque essas práticas são entendidas como estigmatizantes ou porque são comportamentos percebidos como positivos pelo praticante.

Zetterqvist (2015) identificou diferenças de intenção, métodos, letalidade, frequência e funções das práticas autolesivas, que podem interferir numa possível definição. A conclusão da autora é a necessidade de mais estudos sobre o tema para a caracterização da *autolesão não-suicida* como doença, para a identificação dos riscos, prevalência e prevenção.

Rodríguez (2017) questiona se o fenômeno da *autolesão não-suicida* deve ser compreendido como um sintoma de outros transtornos ou como um transtorno por si só. O autor encontrou essa prática geralmente associada a doenças como: hipomania, transtorno opositivo desafiador, transtorno obsessivo compulsivo, diferentes formas de angústia, déficit de atenção com hiperatividade, ansiedade generalizada, distímia, fobia social, transtornos de conduta, dependência de álcool, bulimia e drogadição.

No DSM 5 (2014), o termo 'autoagressão' aparece oito vezes, o termo 'autolesão' aparece setenta e três vezes e o termo 'automutilação', dezoito vezes. Como sintoma, a autoagressão está presente nos quadros de transtornos do neurodesenvolvimento (deficiências mentais e autismo por exemplo) em decorrência de condutas motoras repetitivas ou de estereotípias motoras. Sintomas autoagressivos aparecem, ainda, em quadros catatônicos como consequência de atividades motoras excessivas. Nos transtornos de pica, que levam à ingestão de substâncias não nutritivas, a autoagressão pode se caracterizar pela ingestão de coisas potencialmente nocivas ao organismo. Enquanto parte dos sintomas dos transtornos de impulso, as autoagressões resultam de transtornos de comportamentos repetitivos recorrentes e focados no corpo. A autoagressão aparece também nos transtornos dissociativos, de identidade ou de personalidade, geralmente associada a perturbações da consciência, como ocorre nos estados hipnóticos, estados de despersonalização e personalidades borderline.

A autoagressão ganha um estatuto de diagnóstico no DSM 5 (2014) ao caracterizar doenças como tricotilomania, '*skin-picking*' e autolesão não-suicida. A tricotilomania é caracterizada como:

- A.** Arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, resultando em perda de cabelo.
- B.** Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de arrancar o cabelo.
- C.** O ato de arrancar cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D.** O ato de arrancar cabelo ou a perda de cabelo não se deve a outra condição médica (p. ex., uma condição dermatológica).
- E.** O ato de arrancar cabelo não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., tentativas de melhorar um defeito ou falha percebidos).

na aparência, no transtorno dismórfico corporal) (DSM 5, 2014, p. 251)

Já nos transtornos de escoriação, ou '*skin-picking*', a autolesão obedece aos seguintes critérios diagnósticos do DSM 5 (2014):

- A.** Beliscar a pele de forma recorrente, resultando em lesões.
- B.** Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de beliscar a pele.
- C.** O ato de beliscar a pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D.** O ato de beliscar a pele não se deve aos efeitos (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., escabiose).
- E.** O ato de beliscar a pele não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., delírios ou alucinações táteis em um transtorno psicótico, tentativas de melhorar um defeito ou falha percebida na aparência no transtorno dismórfico corporal, estereotípias no transtorno de movimento estereotipado ou intenção de causar danos a si mesmo na autolesão não suicida) (DSM 5, 2014, p. 254).

Nas últimas páginas do DSM 5 (2014), na sessão 'Condição Para Estudos Posteriores', a autolesão não-suicida aparece como uma possibilidade diagnóstica que carece de investigação cujos critérios sugeridos são:

- A.** No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida).
Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.
- B.** O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:
 1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.
 2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
 3. Induzir um estado de sentimento positivo.
 Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.
- C.** A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes:

1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão.

2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar.

3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.

D. O comportamento não é socialmente aprovado (p. ex., piercing corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.

E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.

F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, delírium, intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias. Em indivíduos com um transtorno do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão de estereotípias repetitivas.

O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica (p. ex., transtorno psicótico, transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do movimento estereotipado com autolesão, tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo], transtorno de escoriação [skin-picking]) (DSM 5, 2014, p. 803 e 804).

Portanto, de acordo com o DSM 5 (2014), a autoagressão pode ser entendida ou como sintoma relacionado a determinadas patologias, ou como caracterizando, ela mesma, uma patologia. Pode-se observar que em nenhuma situação há uma intenção suicida consciente do praticante, nota-se ainda que a autoagressão é recorrente, podendo cronificar-se, e parece haver uma reprovação social desses comportamentos.

Lewis e Plener (2015) comentam que os estudos apresentados na 10ª Conferência Anual da International Society for the Study of Self-Injury - ISSI (2015), não corroboram os critérios sugeridos pelo DSM 5 (2014), pois verificou-se que “a taxa de endosso para os critérios diagnósticos do DSM 5 [para a autolesão não-suicida] parecem variar entre os estudos” (Lewis & Plener, 2015, p. 2). Os autores mostram haver evidências científicas de que os critérios propostos pelo DSM 5 (2014) não conseguem abarcar todos os comportamentos autolesivos não-suicidas, somente aqueles mais graves, além do que as razões

intrapessoais parecem ser mais relevantes que as interpessoais em pessoas que praticaram autolesões não suicidas.

O site da International Society for the Study of Self-Injury (ISSI), www.itriples.org, reúne materiais sobre *autolesão não-suicida*. Todo o material contido nessa fonte supõe que haja uma deliberação de ferir-se e inclui um grande espectro de comportamentos a partir de diferentes pressupostos, como se observa nas escalas descritas abaixo, apresentadas pelo próprio site.

A Escala de Avaliação de Condutas de Automutilação (SHI) de Sansone, Sansone e Wiederman (1998) inclui comportamentos como: abuso de álcool, dirigir irresponsavelmente, esquecer-se de tomar medicamentos, envolvimento em relacionamentos promíscuos, envolvimento em relacionamentos para ser rejeitado, envolver-se em relacionamentos abusivos, torturar-se com pensamentos autodestrutivos, passar fome para punir-se, uso abusivo de medicamentos (incluindo laxantes), faltar ao trabalho sem motivo e comportamentos punitivos por ter se distanciado de Deus. O Questionário de Auto Injúria (SIQ) de Alexander (1999) abarca: cirurgias estéticas sem necessidade ou em excesso, tatuagens, *'body piercing'* ou furar orelhas excessivamente, ingerir álcool até vomitar ou passar mal, usar drogas ilegais, abusar de medicamentos prescritos, vomitar após ingerir uma grande quantidade de alimentos, comer excessivamente, não alimentar-se de propósito (exceto por motivos religiosos), uso de laxantes ou diuréticos sem necessidade, praticar atividade física quando doente, fumar, dirigir de forma arriscada, evitar consultas médicas mesmo quando doente, relacionar-se com pessoas perigosas, envolver-se em brigas, fazer sexo desprotegido, machucar cutículas ou unhas de forma proposital.

A escala Alexian Brothers Assessment of Self-Injury, de Washburn et al. (2015) inclui comportamentos como: inserir coisas sob a pele, sufocar-se intencionalmente, lançar-se de escadas, não seguir orientações médicas e exercitar-se excessivamente para causar dor. A Escala de Avaliação Sobre Autoinjúria (ISAS), de Klonsky e Olinio (2008), aparece com bastante frequência nas pesquisas mais recentes. Nela, a autoagressividade é avaliada pelos comportamentos de: cortar-se, morder-se, queimar-se, gravar símbolos sobre a pele, beliscar-se, puxar ou arrancar os cabelos, coçar-se ou arrancar a pele até

ferir, bater no próprio corpo, esfregar a pele em superfícies ásperas, perfurar o corpo e ingerir substâncias perigosas.

Santos e Faro (2018), Zetterqvist (2015), Completo (2014), Guerreiro e Sampaio (2013) e Klonsky (2007) apontam a tendência em definir a *autolesão não-suicida* como o ato deliberado de machucar diferentes partes do corpo sem intenção suicida. Santos e Faro (2018) e Completo (2014) identificam dentro das condutas autolesivas uma classe de comportamentos denominados 'comportamentos indiretamente autolesivos', que se caracterizam por serem involuntários, prazerosos, divertidos e não acarretarem prejuízos imediatos ao praticante, mas que podem ser nocivos a longo prazo.

Bohne e Wilhelm (2005) estudaram a *escoriação neurótica* (ou '*skin-picking*'), forma de autoagressão relacionada à falta de controle dos impulsos. Esses comportamentos incluem: roer unhas, espremer espinhas e cravos, arrancar fios de cabelos, comportamentos que acabam por lesionar a pele. Segundo os autores, tais comportamentos constituem uma patologia sub reconhecida com início na infância e com períodos de remissão. Tais comportamentos não tinham (em 2005) um estatuto reconhecido de doença, embora tenham a capacidade de, isoladamente e a longo prazo, acarretarem infecções, formarem cicatrizes, provocarem a ausência definitiva de pelos e deformar a pele, as unhas e até mesmo provocar deformações posturais. Segundo os autores, tais comportamentos não são diferenciados em graus de gravidade e são acompanhados de justificativas socialmente aceitáveis como: querer aparar as unhas, remover os fios de cabelos que se diferenciam dos outros e desejar melhorar a aparência da pele.

De acordo com Bohne e Wilhelm (2005), os fatores desencadeantes do '*skin-picking*' podem ser a percepção tátil ou visual de irregularidades na pele, nos cabelos ou nas unhas. Esse tipo de comportamento pode ocorrer na ausência completa de pensamentos e pode ser suscitado pela proximidade entre mão e rosto ou pela necessidade de ocupar as mãos ociosas. Outro dado que difere em relação aos outros tipos de autoagressão mencionados é que o comportamento específico de roer unhas ocorre, na sua grande maioria, entre os homens. As consequências do '*skin-picking*' seriam a vergonha e retraimento social.

McGuire, Kugler, Park, Horng, Lewin, Murphy e Storch (2012) estudaram o comportamento repetitivo focado no corpo, como o '*skin-picking*', roer unhas, puxar os cabelos, transtornos do tique. Como mencionado, algumas dessas práticas são consideradas um transtorno em si mesmo e outras parte do transtorno obsessivo-compulsivo ou do transtorno dos impulsos. Os autores referem a necessidade de um tipo de investigação que auxilie na identificação desses sintomas em crianças e adolescentes, uma vez que as escalas atuais são dirigidas a adultos e que a avaliação das crianças leva em conta o discurso dos pais. Esse foi um dos problemas enfrentados na presente pesquisa a qual apoiou-se em Santos e Faro (2018) e Completo (2014), que entendem existir comportamentos indiretamente autolesivos, que Bohne e Wilhelm (2005) reforçam ser comportamentos usualmente negligenciados na literatura científica. Ainda assim, eles constam como parte das escalas de avaliação de Sansone, Sansone e Wiederman (1998), de Alexander (1999) e Washburn (2015). Assim, adotou-se a definição de comportamentos autoagressivos leves, segundo terminologia de Giusti (2013) e Klonsky e Olinio (2008).

Acredita-se que alguns comportamentos autoagressivos leves podem ser muito comuns entre as crianças e traduzem um sofrimento mental de alguma ordem, mas não necessariamente estão associados a uma doença mental grave ou levam ao suicídio, embora possam cronificar-se e trazer consequências negativas para a criança a longo prazo. Das autoagressões leves, foram selecionados os comportamentos a serem observados neste estudo: roer unhas, arrancar pelinhas dos dedos ou de boca, arranhar-se até sangrar (mencionados por GIUSTI, 2013), aos quais acrescentou-se arrancar casquinha de machucados, por ser bastante comum entre crianças.

2.2. A função da autoagressividade

De acordo com os autores estudados, as funções das práticas autoagressivas podem ser muitas. Faro e Santos (2018) identificam fatores psicológicos, ambientais e biológicos, que podem estar associados às *condutas autolesivas*. Os fatores psicológicos seriam pensamentos suicidas, comportamentos impulsivos, perturbações da autoimagem, pensamentos negativos recorrentes (tristeza, ansiedade, nojo, culpa, vazio, desesperança,

raiva, frustração, vergonha) e perturbações da identidade. Os fatores ambientais seriam experiências afetivas e emocionais negativas com amigos e familiares, como abuso, críticas pessoais e maus tratos. Os fatores biológicos seriam mudanças bioquímicas decorrentes de situações médicas, mudanças hormonais, insônia, fadiga, estresse, uso de medicamentos ou substâncias. Os autores apoiam-se no Modelo de Nock (citado por Faro e Santos, 2018) segundo o qual:

a conduta autolesiva é um comportamento que resulta da combinação de vários fatores e circunstâncias ambientais e que é mantido por ser um meio eficaz imediato de regulação de experiências afetivas e situações sociais aversivas. O diferencial deste modelo é justamente tentar integrar achados de diversas outras abordagens, assim o comportamento autolesivo é explicado de forma multicausal (Santos & Faro, 2018, p. 6).

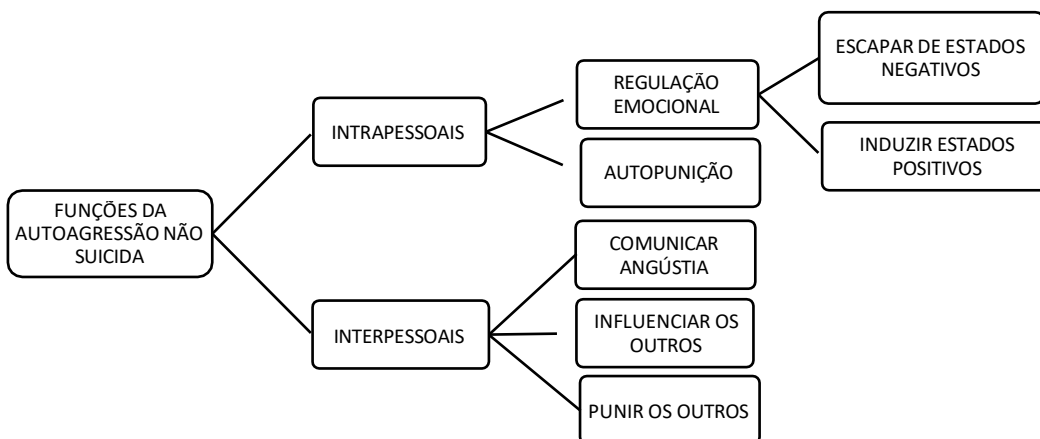
Para Completo (2014), as funções das *autolesões não-suicidas* são: a regulação de afetos, impedir pensamentos e emoções negativas, tentar influenciar pessoas (ao provocar alguma atitude ou emoção no outro), a autopunição, evitar a dissociação e sentir-se real, evitar pensamentos ou intenções suicidas, promover o estabelecimento de limites interpessoais e a busca de fortes sensações, como euforia ou alegria.

Já Klonsky (2007) e Klonsky e Glenn (2008) indicam como funções da *autoinjúria não-suicida*: emitir um pedido de ajuda (comunicar um sofrimento emocional), demonstrar de limites interpessoais (afirmar a autonomia e estabelecer a diferenciação eu-outro), dar a sensação de ligação com os pares (como uma forma de pacto com os mesmos), vingança (quando a agressão que seria direcionada a alguém é direcionada ao próprio corpo), autocuidado (sendo mais fácil cuidar das feridas no corpo do que das próprias angústias) e demonstração de resistência (ver se consegue aguentar a dor).

Taylor, Jomar, Dhingra, Forrester, Shahmalak e Dickson (2018) dividem as funções da *autoinjúria não-suicida* em: funções intrapessoais e interpessoais. Entre as funções intrapessoais, os autores apontam a regulação emocional e a autopunição. A regulação emocional pode ser dividida em escapar de estados negativos e indução a estados positivos. A função interpessoal, segundo os autores, pode ser dividida em: tentativa de comunicar angústias, influenciar os outros e punir os outros. Essa última proposta parece ser a mais ampla e

sistemizada, conforme mostra a Figura 4. Os autores relatam, ainda, que a autoagressividade pode servir como um pedido de ajuda (Klonsky, 2007; e Klonsky & Glenn, 2008) ou como forma de comunicar uma angústia (Taylor, Jomar, Dhingra, Forrester, Shahmalak & Dickson, 2018).

Figura 4: Funções da autoagressão não-suicida



Fonte: Taylor, Jomar, Dhingra, Forrester, Shahmalak e Dickson (2018, p. 760).

Sacha e Jean (2016) entendem que as pessoas com personalidade dependente, ou seja, portadores de Transtorno de Personalidade Borderline, têm medo do abandono emocional e são vulneráveis à prática da autolesão, o que, segundo alguns estudos, seria capaz de prever 70% dos casos de automutilação entre esses pacientes. Para eles,

A automutilação ajudaria a regular um estado emocional, a se punir e a proteger o relacionamento com os outros, redirecionando sentimentos agressivos de abandono em relação a si mesmo. Também mobilizaria relacionamentos significativos no ambiente, comunicando o sofrimento experimentado antes do medo de ser abandonado (Sacha & Jean, 2016, p. 219).

A maioria dos autores estudados entende que uma das funções da autoagressão é a regulação dos afetos. Nesse sentido, ela serviria como uma tentativa de diminuir ou impedir sensações decorrentes de experiências emocionais. É possível que as funções de autoagressões mais leves do que as mencionadas aqui tenham as mesmas funções regulatórias. É sabido que as crianças têm menos controle sobre os próprios impulsos, menos capacidade de regulação dos afetos, menos discernimento sobre os sinais do ambiente e

sofrem menos interferência de variações hormonais em relação ao público adolescente e ao público adulto. Uma das hipóteses da pesquisa que embasou esta dissertação é a de que pode haver autoagressões leves decorrentes de relações de apego inseguro na infância.

O pressuposto deste trabalho é de que, em crianças, cujo reconhecimento e expressão das emoções ainda são rudimentares e pouco elaboradas, as autoagressões leves venham a comunicar algum tipo de sofrimento emocional que não pode ser expresso e elaborado verbalmente. É possível ainda que a autoagressão sirva à criança como forma de manipular os adultos à sua volta impelindo-os a oferecer-lhe cuidados físicos, ou ainda, que as crianças se envolvam em práticas autoagressivas na forma de ‘desafios’ ou ‘pactos’ feitos entre pares no desejo de serem incluídas num grupo de iguais e mostrar aspectos heroicos como coragem e resistência à dor.

2.3. Ego, apego e regulação dos afetos segundo a teoria junguiana

“...Teu olhar mata mais que atropelamento
Que veneno estriquinina ...”

(Barbosa & Moles, 1980)

De acordo com Samuels (1989), o referencial desenvolvimentista junguiano partilha o mesmo núcleo epistemológico da psicologia junguiana clássica, cujos princípios norteadores são: a definição de arquétipo, o conceito de Self, a ideia de desenvolvimento da personalidade, a compreensão das relações transferenciais, a ênfase na experiência simbólica e no exame das imagens. A especificidade da escola desenvolvimentista junguiana é, para Jacoby (2010), abordar a infância levando-se em conta aspectos maturacionais do seu organismo, suas relações de apego e aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento egoico. Esse seria o motivo pelo qual os teóricos contemporâneos de abordagem junguiana têm se aproximado de estudos sobre neurobiologia do desenvolvimento infantil.

Para Jung (Jung, O. C. v. 18/1), ao nascer, a criança já conta com um potencial para o desenvolvimento do ego. Nas suas palavras:

coloco o inconsciente como um elemento inicial, do qual brotaria a condição inconsciente. Na primeira infância somos inconscientes; as funções mais importantes de qualquer natureza instintiva são inconscientes, sendo a consciência quase um produto do inconsciente. (Jung, O. C. v. 18/1, §15).

Ou seja, a criança nasce mergulhada no inconsciente, com um potencial a ser realizado, cujos conteúdos se tornam conscientes ou não de acordo com as interações do indivíduo com o ambiente que o cerca. Sobre a formação da consciência, Jung explica:

nada pode ser consciente sem ter um eu como ponto de referência. Assim, o que não se relacionar com o eu não é consciente. A partir desse dado, podemos definir a consciência como a relação dos fatos psíquicos com o eu. Mas o que é o eu? É um dado complexo formado primeiramente por uma percepção geral de nosso corpo e existência e, a seguir, pelos registros de nossa memória . . . O eu é uma espécie de complexo, o mais próximo que conhecemos. É sempre o centro de nossas atenções e de nossos desejos, sendo o cerne indispensável da consciência (Jung, O. C. v. 18/1, §18 e 19).

Portanto, o complexo do eu, sinônimo de ego, desenvolve-se inicialmente por meio de experiências corporais perceptivas, ou sensório-motoras, que vão conferindo consciência, existência e limites ao eu.

O conceito de *self* tem sido amplamente utilizado, segundo Jacoby (2010), pelos contemporâneos teóricos do desenvolvimento infantil com diferentes sentidos. Para esses estudiosos, *self* (com letra minúscula) significa o senso de identidade e de continuidade ao longo da vida, identificando-se com o clássico conceito junguiano de ego. *Self* é também o centro auto organizador da psique na tentativa de conciliar e integrar as demandas do ambiente e do mundo interno, identificando-se ao clássico conceito junguiano de *Self* (com letra maiúscula)². Jacoby (2010) menciona quatro estágios de organização do *self* (ego), os quais

Ao longo da vida, eles podem se desenvolver, se diferenciar ou ser renovados ou enriquecidos, mas eles também podem permanecer indiferenciados, atrofiados ou se tornar cindidos de alguma maneira (Jacoby, 2010, p. 94).

² Neste trabalho serão utilizados os conceitos de ego (complexo do eu, centro da consciência) e *Self* (centro autorregulador da psique) de acordo com os conceitos clássicos da teoria junguiana.

O *self emergente*, que se estende do nascimento até o segundo mês de idade, envolve as percepções e as sensações experienciadas pela criança como sendo ela mesma. Nessa fase, não há diferenciação de tais experiências entre si ou delas em relação à criança.

O *self nuclear*, que compreende o período entre o segundo e o sétimo mês, surge a partir de um primeiro esforço organizativo da criança na tentativa de interferir no mundo externo. Isso supõe uma percepção das fronteiras corporais e um sentimento de si mesmo, que começam a se delinear a partir da relação afetiva e corporal entre criança e o cuidador.

O *self subjetivo*, que vai do sétimo ao décimo quinto mês de idade, permitindo à criança compartilhar experiências de vida com um outro em busca de uma experiência comum, assim como a atenção sobre objetos do mundo, intenções comunicativas e afetos por meio da sintonia afetiva entre os dois. Nessa fase, o cuidador primário baseia-se nas suas observações e fantasias para interpretar e atribuir significados aos comportamentos da criança.

O *self verbal* ou *self objetivo*, que vai dos quinze aos dezoito meses, coincide com o desenvolvimento da linguagem e da representação de si e dos outros. Essa etapa insere a criança no campo simbólico, marcando uma ruptura entre o fluxo da experiência vivida concretamente e a experiência representada pela fala, entre o pré-verbal e o verbal.

Sendo assim, o que garante a qualidade do desenvolvimento ou a sua estagnação é a relação da pessoa com um outro significativo, de modo que o desenvolvimento egoico infantil depende das nuances emocionais e afetivas baseadas nas experiências de sintonia ou distanciamento afetivo com o cuidador primário, que vão assegurar ou não a passagem de uma fase a outra. A vida subjetiva da criança é, portanto, modelada pelas ressonâncias (ou sintonias) e dissonâncias (ou dessintonias) afetivas parentais. Qualquer um dos inúmeros comportamentos ou vivências da criança são uma oportunidade para os pais se sintonizarem ou não afetivamente com ela e para auxiliarem-na na organização e desenvolvimento crescente da afetividade e do ego. Para Kalsched (2013, p. 40),

As capacidades mediadoras que mais tarde se tornam o ego estão, no início da vida, totalmente encerradas no eu-objeto materno que atua como um órgão metabolizador externo para as experiências do bebê.

As possibilidades de ressonância afetiva eu-outro, segundo Jacoby (2010), baseiam-se em três pressupostos. O primeiro é a inferência do cuidador sobre o estado sentimental da criança a partir do fenômeno relacional observável. O segundo pressuposto é a congruência entre o comportamento do cuidador e o que foi sinalizado pela criança. Por último, o autor cita o entendimento da criança de que as suas necessidades foram compreendidas pelo seu cuidador.

Pode-se dizer que a psique parental seleciona inconscientemente algumas das experiências da criança, que serão ou não ressonantes na relação cuidador-criança. A partir dos momentos únicos de ressonância autêntica dos cuidadores com as necessidades infantis, criam-se os modelos de experiências afetivas intrapsíquicas positivas na criança, dando origem a um *verdadeiro self*.

As ressonâncias autênticas se alternam com ressonâncias inautênticas, uma vez que é impossível um cuidador estar sintonizado o tempo todo com as demandas infantis. Esses são os momentos de sintonias malsucedidas, em que o cuidador não consegue estabelecer um vínculo afetivo com a criança com o envolvimento desejável, adequado e suficiente. Podem ser consideradas dissonantes tanto as desconsiderações acidentais e a negligência de comportamentos infantis, quanto as aproximações parentais intrusivas em relação ao mundo subjetivo da criança. São situações em que os cuidadores supõem estar sintonizados com a criança, mas estão sendo guiados por necessidades próprias ou por tentativas intencionais de mudar o comportamento da criança, o que cria um modelo de experiência afetiva negativo na criança, gerando um *falso self*.

Siegel (1999), Schore (2003) e Hill (2015), autores da neurobiologia relacional, têm sido utilizados como referências para as reflexões pós-junguianas mais contemporâneas como Wilkinson (2017), Jacoby (2010) e Kalshed (2013 e 2015). Esses autores revisitam e ampliam a Teoria do Apego de Bowlby (1984 e 2002), partindo do pressuposto de que o cérebro é um órgão social e relacional e que as relações de apego se desenvolvem na relação da criança com um outro significativo, por meio dos sistemas neurobiológicos. Eles dão especial atenção ao hemisfério cerebral direito, conectado ao sistema límbico, que é responsável pelo processamento e regulação das emoções, estabelecidos a partir das interações afetivas vividas da criança com o seu cuidador primário. Como foi dito

anteriormente, tal relação cria padrões estáveis de relacionamento interpessoal, ou padrões de apego, que influenciam as relações interpessoais do indivíduo ao longo da vida.

Bowlby (1984) foi pioneiro no estudo sobre as relações de apego entre mãe-bebê nos anos 1950. Ele identificou, em bebês, três padrões básicos de apego: o apego seguro, o apego ansioso-evitativo e o apego ansioso-resistente. Essa classificação foi feita a partir do conhecido experimento denominado Situação Estranha, de Ainsworth (citado por Bowlby, 1984, p. 336 e Siegel, 1999, p.104), que pretendia avaliar a dimensão de segurança (ou apego) de uma criança com a mãe numa situação estranha e geradora de tensão.

Segundo Dalbem e Dell’Aglío (2005), Ainsworth inicialmente havia classificado as formas de apego em dois grandes grupos: seguro e inseguro. O “Experimento da Situação Estranha”, como ficou conhecido o estudo da autora, ajudou-a e a Bowlby na identificação de três categorias de apego mais específicas e conhecidas até hoje. O “Experimento da Situação Estranha” consistia na observação da relação de bebês de um ano com suas mães, com pessoas estranhas em três situações consecutivas: com as suas mães em ambiente estranho, depois sem a presença da mãe e, em seguida, no retorno da mãe ao ambiente. Os três padrões de apego foram classificados por Bowlby (1984) como:

1. Apego seguro:

Em que a criança encontra na mãe a base segura para poder explorar o ambiente com curiosidade e tranquilidade. Nele a mãe é responsiva à criança diante de situações estressoras, além de encorajar a independência e autonomia da criança com monitoramento e cuidado. Quando separadas das mães, essas crianças ficam aflitas, mas se sentem reconfortadas na volta da figura de apego.

2. Apego ansioso-evitativo (ou abstinido):

Esse tipo de apego mostra crianças que se ligam ao ambiente ou à brincadeira interagindo pouco tanto com os cuidadores como com estranhos. A criança não busca conforto no contato com a mãe e a

mãe é indiferente às necessidades emocionais expressas pela criança.

3. Apego ansioso-resistente (ou ambivalente):

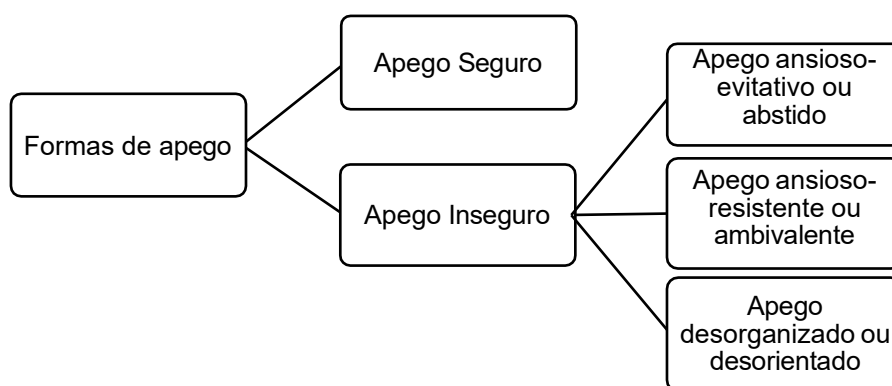
A criança com esse tipo de apego é imatura para explorar o ambiente e oscila entre a proximidade e resistência no contato com a mãe de forma preocupada. Após a separação da mãe, essa criança não se aproxima de outras pessoas. Isso sugere que em algum momento a criança recebeu a devida atenção da mãe, mas houve momentos importantes em que o cuidado oferecido foi insuficiente.

Posteriormente, essas categorias foram expandidas por Main e Hesse nos anos 1990 (citados por Dalbem e Dell’Aglia, 2005 e Siegel, 1999), que acrescentaram a elas uma quarta categoria de apego. A Figura 5 sintetiza os padrões de apego na infância:

4. Apego desorganizado ou desorientado:

As crianças apresentam padrões de comportamento contraditórios, incoerentes, impulsivos e apreensivos. Mostram que, diante de uma situação de tensão, como o afastamento da mãe, não possuem estratégias para alcançar conforto algum.

Figura 5: Tipos de apego



Fonte: Kurbhi (2022)

Bowlby (1984) entende que os padrões de relacionamento com a mãe definem na criança padrões persistentes e estáveis de comportamento durante alguns anos, embora eles possam ser alterados por desequilíbrios na relação materno-filial decorrentes de acidentes, separações, doenças crônicas, perturbações emocionais e mudanças na família. O autor focou seus estudos nas relações de apego infantis, mas autores contemporâneos, como Dalbem e Dell'Aglio (2005), acreditam que as relações de apego se alteram ao longo do ciclo vital:

Assim, na infância, o apego é considerado seguro ou inseguro com relação à figura de apego. Já a segurança em adolescentes e adultos não se identifica com nenhuma relação em particular, ou seja, com nenhuma figura de apego específica, nem do passado, nem do presente.

. . . Considerando-se que as relações de apego são o resultado da interação entre uma base genética, processos inatos e experiência, modificados ao longo do tempo, essas relações também se modificam. Ou seja, pessoas mais velhas formam relações mais complexas do que as da infância. Por essa razão, as relações na adolescência marcam um período de transição para a idade adulta, quando as relações com os melhores amigos e as primeiras relações românticas, por exemplo, serão preditivas dos estilos de relacionamentos na idade adulta (Dalbem & Dell'Aglio, 2005, p. 18).

Da mesma forma, Hill (2015) entende que os padrões de apego podem ser muito complexos, já que o padrão primário, estabelecido na relação com o cuidador principal, atualiza-se de acordo com o desenvolvimento maturacional da criança e se modifica pela criação de modelos de apego secundários, estabelecidos no contato com outras figuras de cuidado e em outros relacionamentos pessoais ao longo da vida. É dentro dessa multiplicidade que as relações de apego vão se acomodando e vão reeditando as formas de relacionamento interpessoal do indivíduo.

De acordo com Wilkinson (2017), os padrões da experiência humana individual conferem um sentimento de si mesmo ao indivíduo. Segundo a autora, os cuidadores primários têm a função de fazer a regulação afetiva para a criança até que ela tenha condições de fazê-la sozinha. Quanto mais positiva a experiência de apego da criança, maior é a estimulação para conectividade neuronal.

Bovesiepen (2002) afirma que é no espaço das ressonâncias afetivas com a criança que nasce o símbolo, conceito fundante da psicologia junguiana. Para Jung (O.C. v. 8/1, § 88), o símbolo é “A máquina psicológica, que transforma energia”. Stein (2007, p. 79 e 80) nos ajuda a compreender esse conceito ao dizer que

Os símbolos são os grandes organizadores da libido . . . um símbolo é, no entender de Jung, o melhor enunciado ou expressão possível para algo que é ou essencialmente incognoscível ou ainda não cognoscível, dado o presente estado da consciência.

Jung (O.C., v. 8/1 e v. 6) define libido como uma quantidade de energia existente na psique, cuja origem é inconsciente, que segue por caminhos naturais e instintivos em direção à consciência. Se a libido seguir seu curso de forma adaptativa, o indivíduo está no caminho do desenvolvimento psíquico (ou da individuação). Ocorre que nem sempre o indivíduo consegue adaptar-se às exigências do meio, recaindo em atitudes persistentes e habituais do ego. A pouca flexibilidade egoica faz com que o fluxo libidinal fique represado, alterando o seu curso natural e direcionando-o a um objeto da consciência análogo ao original e que assume importância maior do que aquele. Esse objeto análogo é o símbolo, que tem significados ocultos, aglomerando e sintetizando uma série de significados, associações e representações pouco claras à consciência e independente da vontade consciente. Nesse sentido, “Os símbolos nunca foram *inventados conscientemente*, mas foram produzidos pelo inconsciente, pela via da chamada revelação ou intuição” (Jung, O.C., v. 8/1, §92), geralmente aparecendo em sonhos, em fantasias ou em vivências muito primitivas.

Para o autor (Jung, O. C. v. 6, §197), “O inconsciente, quando não se realiza, está sempre em ação, espalhando sobre tudo uma falsa aparência: *e/le nos aparece nos objetos*, pois todo o inconsciente é projetado” simbolicamente na consciência de uma forma que o indivíduo possa compreender o seu sentido parcial, mudar conscientemente de atitude e restaurar o fluxo libidinal. Jung chama a essa passagem de uma atitude inconsciente para uma atitude consciente em relação ao símbolo de função transcendente. Nas palavras do autor:

Quando se consegue formular o conteúdo inconsciente e entender o conteúdo da formulação . . . resulta o

aparecimento de um terceiro elemento que é a função transcendente. Neste estágio a condução do processo já não está mais com o inconsciente, mas com o ego (Jung, O. C. v. 8/2, § 181).

A atitude simbólica, ou função transcendente, surge na criança, segundo Bovensiepen (2002), quando a mãe tenta compreender as necessidades do bebê a partir da atribuição de significados às suas expressões corporais. É nesse espaço relacional que a experiência de consonância afetiva e a sensação de continuidade física e psíquica se transformam num espaço simbólico na psique infantil.

Siegel (1999) enfatiza a comunicação e a partilha das emoções entre mãe e criança, que têm um importante papel nas relações de apego ao permitirem que a criança identifique emoções toleráveis e que nomeie, amenize e organize as emoções intoleráveis. A comunicação desenvolve não só a capacidade de intimidade mãe-bebê, assim como a capacidade de autorregulação neuronal e emocional da criança.

Ou seja, tanto Siegel (1999) como Bovensiepen (2002) entendem que a passagem do *self subjetivo* para o *self objetivo ou verbal*, que marca a passagem das experiências concretas partilhadas com o outro para as experiências simbolizadas, ou das vivências instintivas para as experiências representadas, seriam fundamentais para estabelecer uma atitude simbólica na criança. Pode-se dizer que

a função transcendente só pode se desdobrar se conseguirmos assumir a atitude analítica que ele [Jung] chamou de 'atitude simbólica'. . . Incluo as primeiras trocas, principalmente não verbais, entre mãe e bebê, no que Jung chamou de 'atitude simbólica'. Por isso, proponho que, embora Jung assuma que seja um 'processo natural' e, portanto, fundamentado de forma arquetípica, a função transcendente não funciona espontaneamente, mas requer uma matriz, baseada na experiência precoce de relacionamento (Bovensiepen, 2002, p. 243).

Assim, um desenvolvimento psicológico típico e saudável confere flexibilidade e adaptabilidade ao ego. Isso significa que a mediação afetiva parental foi capaz de oferecer à criança a possibilidade de compreender e diferenciar adequadamente o mundo interno e o mundo externo, de promover

uma boa organização afetiva e uma atitude simbólica da psique diante da vida. Tal desenvolvimento psicológico tem como base um apego seguro.

As experiências afetivas negativas ou traumáticas, ao contrário, não colaboram com um desenvolvimento psíquico saudável, pois colocam a criança diante de situações afetivas incompreensíveis e intoleráveis. Nesse caso, os cuidadores primários não conseguiram sintonizar-se afetivamente com a criança e dar forma às suas expressões e sensações. O ego infantil torna-se pouco flexível e rígido e desenvolve um dos padrões de apego inseguro.

Kalsched (2013) entende que a organização psíquica infantil tende a se dar de forma a integrar ao ego os afetos positivos vividos na relação parental. Já os afetos negativos insuportáveis são descartados pelo ego.

Na sua condição original os afetos são primordiais e arcaicos [ou arquetípicos³], como tempestades vulcânicas que rapidamente se dissipam ou dão lugar ao seu oposto, dependendo da condição ambiental. Os afetos agressivos, negativos, tendem a fragmentar a psique (dissociação), ao passo que os afetos confortantes, positivos, que acompanham a mediação adequada da mãe, têm o efeito de integrar esses fragmentos e restabelecer o equilíbrio homeostático (Kalsched, 2013, p. 40).

Segundo o autor, quando o ego não tem a capacidade de regular os afetos e de estabelecer uma atitude simbólica diante da vida, devido a uma falha nas relações de apego primárias, o Self instaura um sistema de autocuidado primitivo capaz de proteger o indivíduo dos conteúdos incompreensíveis, ou diabólicos. Em tal situação, “Os pensamentos e as imagens são desligados do afeto” (Kalsched, 2013, p. 50) à semelhança dos disjuntores de um sistema elétrico, que interrompem as conexões de uma casa, se o sistema se sobrecarrega, para que não se queimem.

Numa reformulação dos seus escritos, Kalsched (2015) retoma e amplia o conceito de ‘defesas do Self’ proposto inicialmente por Fordham, segundo o qual defesas se formam para proteger as necessidades arquetípicas da criança que recebe do mundo externo um tratamento que lhe é traumático, nocivo e prejudicial. As ‘defesas do Self’ trabalham no sentido de proteger e preservar o

³ Na teoria junguiana clássica os arquétipos são os conteúdos psíquicos primordiais e inatos que ganham forma a partir das experiências pessoais. As recentes pesquisas junguianas sobre o desenvolvimento da psique entendem que os arquétipos são estruturas emergentes da psique.

ego e, ao mesmo tempo, acabam por danificar e aniquilar a principal função egoica, que é a possibilidade adaptativa da pessoa ao meio. Tais defesas entendem que tudo o que vem do mundo externo (inclusive o cuidado adequado) é nocivo, numa reação excessiva de autoproteção, a qual persiste mesmo após a retirada do estímulo nocivo, impedindo o desenvolvimento egoico adequado. Em situações como essa, a única possibilidade do indivíduo é um desenvolvimento precário e dissociado do ego a fim de proteger seu núcleo vital. Nas palavras do autor: “As defesas do self podem então ser vistas como atacando todos os elementos de experiência e de percepção [atributos do ego] relacionadas à vivência da criança em um mundo de objetos que a traumatizaram” (Kalsched, 2015, p. 480), à semelhança do sistema autoimune.

Para Kalsched (2015), uma consequência da ativação do sistema de defesa do Self é o acometimento do fluxo libidinal devido a uma necessidade ferida de apego. Por isso, diante de qualquer tipo de aproximação relacional, o indivíduo responde com ódio, hostilidade e violência, já que ele não tem uma representação simbólica adequada do afeto que vem de fora.

Wilkinson (2019) também entende que, diante de danos nas relações de apego primárias, podem ocorrer falhas no sistema de regulação afetiva associadas à diminuição da conectividade neuronal. Tais danos podem acarretar ainda em falhas no controle inibitório dos impulsos e resultam em comportamentos hipervigilantes, dissociativos, comportamentos autônomos e manifestações somáticas.

Kalsched (2013) afirma que, diante de qualquer imagem, emoção ou sentimento incompreensível ao indivíduo, a psique traumatizada aciona o seu sistema de autocuidado, que a protege de revivenciar o trauma, mas acaba por impossibilitar também a resignificação de tais conteúdos. Esse mecanismo defensivo produz um ciclo retraumatizante ao atacar as experiências que lhes são estranhas. Assim, “o sistema de autocuidado pode também se transformar em um ‘sistema autodestrutivo’ que transforma o mundo interior em um pesadelo de opressão e autoagressão” (Kalsched, 2013, p. 52).

Para Hill (2015), a criança desenvolve afetos desregulados e dissociados quando está diante de situações emocionalmente traumáticas ou sob diferentes níveis de stress. Para o autor,

Os afetos dissociados podem ser definidos como informação sobre o estado do corpo que não pode ser acessado e usado para respostas adaptativas para os ambientes interno ou externo. Ele não pode ser integrado ao nosso senso de self. . . como resultado a informação afetiva não é processada no hemisfério direito (Hill, 2015, p. 154).

O autor entende que padrões de apego evitativo e preocupado estão relacionados a traumas relacionais moderados ou graves e variam em níveis de intensidade cujas manifestações se dão em diferentes graus de dissociação e estados de consciência.

Hill (2015) constatou, na sua experiência clínica, que os estados dissociativos moderados ou parciais do self manifestam-se como: dificuldade de manter a atenção no contato interpessoal e comportamentos ou pensamentos involuntários e impulsivos que aparecem sem o controle consciente da pessoa, o que causa a sensação subjetiva de confusão, imprecisão ou ausência de sentimentos, sensações e pensamentos. Ou seja, surgem comportamentos que podem ser entendidos como invasões do inconsciente e que interrompem temporariamente o agenciamento do ego.

É possível que as autoagressões leves que se pretende estudar possam ser entendidas como decorrentes de estados dissociativos parciais da criança decorrentes de padrões de apego inseguros. Alguns dos autores tentaram explicar a relação da prática da autoagressão por meio da teoria do apego ou pela história pessoal de experiências socio-afetivas negativas na infância.

Deliberato e Nock (2008) estudaram a *autolesão não-suicida* entre adolescentes e afirmam que esse comportamento sofre influências da história familiar (como ter parentes suicidas ou com transtornos do impulso), da história perinatal do indivíduo e da sua história de socialização (ressaltando o contágio de comportamentos suicidas entre os pares e conflitos relacionados à vivência da sexualidade não normativa).

Tatnell, Hasking e Newman (2017) afirmam que, em amostras não clínicas de pessoas que se autoagridem, há o reconhecimento de estratégias limitadas para o enfrentamento de emoções negativas e indesejáveis. Assim como Sacha e Jean (2016), as autoras apoiam-se na Teoria do Apego de Bowlby (2002) e afirmam que, nos primeiros anos de vida, a relação entre a criança e os seus

cuidadores primários influenciará o desenvolvimento da sua personalidade, seu senso de identidade e as suas relações interpessoais futuras.

Enquanto a criança não consegue regular as próprias emoções, essa função é feita pelo seu cuidador primário, que, se for sensível às expressões da criança, conseguirá interpretar as suas necessidades e reconfortá-la de diferentes formas, oferecendo-lhe modelos mentais de bem-estar.

Essa co-regulação da emoção com o cuidador forma a base da autorregulação; junto com um entendimento de que emoções são, e que elas podem ser reguladas ou alteradas. (Tatnell, Hasking & Neuman, 2017, p. 6).

Assim, as relações de apego seguras com o cuidador primário acarretam uma boa regulação emocional e definem um modo de estar no mundo que permite o desenvolvimento de estruturas de regulação cerebral eficientes na criança. Tais relações geram indivíduos com uma boa capacidade de regulação afetiva e com comportamento mais bem adaptado ao meio. Como afirmam Medeiros, Gouveia, Canavarro e Moreira (2016, p. 4), “Um apego seguro é um dos mais fortes fatores de proteção da saúde mental das crianças e funcionamento psicossocial”.

Já as relações de apego inseguras, ou traumáticas, envolvem críticas, falta de sustentação afetiva, negligência emocional ou abusos por parte do cuidador primário. A falha na esfera do cuidado, seja pelo excesso ou pela falta de cuidado, acarreta, na criança, dificuldades de identificar e regular os próprios estados mentais e, conseqüentemente, má adaptação ao meio. Para Medeiros, Gouveia, Canavarro e Moreira (2016, p. 5), “um relacionamento de apego inseguro com os pais aumenta o risco de desenvolver desordens internalizantes ou externalizantes”. A criança que vive esse tipo de apego desenvolve modelos de afetos incongruentes com a realidade e sentimentos de desamparo, assumindo para si que não terá o apoio e atenção adequados e poderá ser negligenciada ou abandonada a qualquer instante. Portanto, a criança ativa mecanismos de defesa inadaptados e impulsivos que se cristalizam e generalizam.

Tanto para Tatnell, Hasking e Newman (2017), como para Sacha e Jean (2016), padrões de apego negativos aumentam as possibilidades de autoagressão. Sacha e Jean (2016) afirmam que as dificuldades adaptativas da

pessoa, a sensação subjetiva de abandono e a dificuldade de regular os afetos podem levar a comportamentos autônomos e autodestrutivos. Os autores entendem que o desenvolvimento de um apego inseguro entre cuidadores e criança pode explicar comportamentos autolesivos, mas não explica a sua presença entre pessoas que tiveram um apego seguro. Da mesma forma, estados dissociativos devido a abusos, negligência e autoimagem negativa podem resultar de relações de apego patológicas.

Gandhi, Luyckx, Molenberghs, Baetens, Goossens, Maitra e Claes (2019) também encontraram indícios de relações entre apego (aspectos interpessoais), formação de personalidade (aspectos intrapessoais) e comportamentos autolesivos. Eles afirmam que problemas nas relações de apego impactam negativamente na capacidade de regulação das emoções. De modo que

indivíduos com um senso de apego perturbado podem valer-se de estratégias autodestrutivas como NSSI [Non Suicidal Self Injury - Autolesão Não-Suicida] para regular o afeto como forma de compensar a falta de apoio interpessoal. (Gandhi, Luyckx, Molenberghs, Baetens, Goossens, Maitra & Claes, 2019, p. 2).

Os autores verificaram que o distanciamento afetivo ou a falta de confiança e de comunicação entre pais e criança são elementos preditores de comportamentos autolesivos. Segundo eles, na adolescência, as relações parentais tornam-se menos importantes e as relações com os pares tornam-se as principais referências afetivas do indivíduo, de modo a influenciarem, embora não tão fortemente quanto os primeiros, o surgimento ou a manutenção de comportamentos autolesivos nessa fase da vida. Eles afirmam ainda, que há uma reação em cascata, iniciada com falhas nas relações precoces de apego parental, as quais acarretam dificuldades de regulação das emoções e nas relações interpessoais com os pares, o que intensifica a confusão identitária do indivíduo na adolescência.

Victor, Hipwell, Stepp e Scott (2019) estudaram os possíveis preditores da *autolesão não-suicida* entre meninas adolescentes, entendendo que as pesquisas sobre esse tema são desenhadas de forma que não é possível comparar seus resultados nem prever o início desse tipo de comportamento. De acordo com os autores, as pesquisas existentes supõem que a qualidade do apego parental, a severidade das punições parentais, a vitimização pelos pares

e a percepção da falta de suporte social podem estar associadas à manutenção da prática autolesiva entre o público em questão. Os pesquisadores concluíram que há evidências de que a punição severa dos pais, assim como o não monitoramento do comportamento das filhas, são fatores de risco para a autolesão não-suicida. Portanto, a má qualidade do apego entre pais e filhas serve como preditor do início dessa prática e a boa qualidade do apego seria um fator protetivo. No que diz respeito à relação com os pares, os pesquisadores encontraram forte relação entre a vitimização por pares e início de autolesão, dado mais relevante, segundo eles, do que a interpretação pessoal do adolescente sobre as experiências interpessoais.

Gandhi, Luyckx, Molenberghs, Baetens, Goossens, Maitra e Claes (2019) e Victor, Hipwell, Stepp e Scott (2019) usaram o Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), instrumento desenvolvido por Armsden e Greenberg (1987), que avalia, por meio de autorrelato, a percepção de adolescentes no relacionamento com pais e colegas próximos, a partir do referencial teórico da Teoria do Apego. O IPPA é composto por 75 itens que avaliam a relação com a mãe, a relação com o pai e a relação com amigos próximos. O estudo de James e Gibb (2019) tentou verificar a relação entre a crítica materna e a *autolesão não-suicida* em crianças mais novas (8 a 11 anos). Os achados indicam que a crítica, a rejeição e os conflitos com a mãe influenciam fortemente a prática autolesiva em meninas, mas não em meninos. Os autores acreditam que o comportamento autolesivo nessas meninas seria uma estratégia adaptativa malsucedida para a regulação de afetos negativos resultantes da crítica materna. Uma hipótese dos autores é que a crítica materna na infância leva à autocrítica na adolescência independente do sexo da criança, mas que meninos e meninas têm reações diferentes na forma de expressá-la. Nessa pesquisa não foi verificado o impacto da crítica paterna nas crianças.

Selby, Franklin, Carson-Wong e Rizvi (2013) explicam a ligação entre a emoções negativas e comportamentos desregulados, que resultariam na autoagressão não suicida, por meio do Modelo de Cascata Emocional. Segundo esse modelo, pensamentos e sensações negativas desencadeadas por um evento levariam a um aumento rápido, intenso e instável (em cascata) de pensamentos e emoções negativas até se tornarem ruminantes.

Esta ruminação resulta em um ciclo recíproco progressivamente crescente de emoção negativa e ruminação que, em última instância, cria um estado cognitivo-emocional altamente aversivo, elevando a motivação para reduzir a aversão experiênciada. (Selby, Franklin, Carson-Wong, & Rizvi, 2013, p. 3)

O comportamento de autolesão serviria como um distrator desses pensamentos rápidos, intensos e instáveis ao mudar o foco de atenção do pensamento ruminante para sensações corporais como a dor, para pistas visuais, como o sangue, e a produção endógena de substâncias opioides. As cascatas seriam diferentes de estados depressivos, que são mais estáveis, e da labilidade emocional, que não implica ruminação de pensamentos nem necessariamente comportamentos desregulados.

Tatnell, Hasking e Newman (2017) utilizam na sua pesquisa, com adultos, seis escalas, dentre as quais a já referida Escala de Avaliação Sobre Autoinjúria (ISAS), de Klonsky e Olinio (2008), O Questionário de Relacionamento (RQ) de Bartholomew e Horowitz (1991) e o Parental Bonding Instrument (PBI), de Parker et al. (1979).

O Questionário de Relacionamento (RQ) é uma escala de apego para adultos que avalia quatro modelos de apego. Nesse questionário, os participantes recebem uma declaração referente a cada um dos quatro modelos de apego e lhe é pedido para identificar qual se parece com o respondente numa escala graduada. Já o Parental Bonding Instrument (PBI) é instrumento adaptado para o português brasileiro por Hauck, Schestatsky, Terra, Knijnik, Sanchez e Ceitlin (2006) e seu objetivo é “medir a contribuição do comportamento dos pais no desenvolvimento de um vínculo adequado entre pais e filhos” (Hauck, Schestatsky, Terra, Knijnik, Sanchez, e Ceitlin, 2006, p. 1), por meio de dois constructos: afeto e proteção ou controle. Esse questionário é destinado a adultos que são orientados a responder 25 questões com base no que se recordam da sua relação com os pais até os 16 anos de idade. As autoras constataram que adultos que se autoagridem qualificam a sua relação com o cuidador primário como pouco atenciosa e ansiógena. Em relação à mãe, foi identificado um tipo de apego medroso, incapacidade de aceitar sentimentos negativos e o aumento de comportamentos impulsivos. Em relação ao pai, verificou-se a evitação de sentimentos como aflição e raiva. Tais achados

sugerem dificuldades de internalizar modelos adequados de regulação emocional.

Cerutti, Zuffianò e Spensieri (2018, p. 6) também partem do pressuposto de que “a falta de segurança de apego no início da vida afeta o desenvolvimento de processos envolvidos na regulação emocional”. Os autores constataram que, entre púberes e adolescentes que praticam a autolesão não-suicida, existe uma grande dificuldade na identificação e incapacidade de descrever sentimentos, o que corrobora a ideia de que essa prática esteja vinculada a dificuldades na regulação de afetos. Os autores acreditam que, em ambientes negativos ou negligentes, a capacidade de regulação afetiva é interrompida.

Baiden, Stewart e Fallon (2017) estudaram o efeito das experiências negativas na infância como determinantes da prática de autolesões não-suicidas em jovens canadenses de 8 a 18 anos de idade, por meio do interRAI ChYMH, entre 2012 e 2016.

O interRAI ChYMH é um abrangente instrumento composto por aproximadamente 400 elementos clínicos que abrangem vários indicadores comportamentais e do estado mental, estresse e trauma, histórico de maus-tratos, força e resiliência, apoio social, uso de substâncias, histórico de medicamentos, informações diagnósticas do DSM-IV, funcionamento cognitivo e executivo, saúde, estado nutricional e várias escalas que podem ser usadas para mensuração de resultados, assim como planejamento de cuidados que podem ser usados para identificar áreas preocupantes ou de risco iminentes. Os médicos são treinados a concluir o instrumento usando informações de várias fontes, incluindo família, criança ou jovem, outros prestadores de serviços e registros clínicos.

O conjunto de avaliações interRAI foi projetado para ser usado por pesquisadores e clínicos para ajudar populações vulneráveis e atualmente tem sido usado internacionalmente. (Baiden, Stewart e Fallon 2017, p. 165 e 166).

Segundo os autores, a literatura indica que 80% dos praticantes de autolesões referem experiências adversas na infância. A sua pesquisa de campo indica que 29% das crianças estudadas praticaram *autolesões não-suicidas*. As variáveis indicativas de experiências adversas selecionadas pelos autores foram: negligência, violência emocional, física ou sexual, testemunho de violência

doméstica e abuso de substâncias pelos pais. A conclusão dessa pesquisa aponta que o abuso direto à criança e doenças como depressão e transtornos de humor na infância são preditores das práticas autolesivas, dando respaldo às pesquisas que hipotetizam a relação das práticas autolesivas e regulação dos afetos. Já os abusos indiretos - como doença mental dos pais, presenciar violência doméstica e possíveis vivências de estresse pós-traumático - não são preditores de práticas autolesivas. Não há evidências de como a frequência dos abusos indiretos podem influenciar essa prática. Como fatores protetivos, os autores identificam que haja confiança em alguém e apoio familiar.

Os estudos de James e Gibb (2019) e Baiden, Stewart e Fallon (2017) foram os únicos que apareceram na revisão de literatura efetuada, cujo público-alvo foram crianças a partir dos 8 anos. Embora nenhum desses estudos faça referência direta à teoria do apego, eles exploram comportamentos que podem ser interpretados como situações que levam a um tipo de apego inseguro na criança, como crítica materna, rejeição materna, falhas no cuidado com a criança e violência física, sexual ou verbal contra a criança. Fatores ambientais de vulnerabilidade, como estado mental dos pais e a ocorrência de violência doméstica não direcionadas à criança, justificariam a prática autoagressiva nesse público. Observa-se que o segundo estudo faz inferências a partir de um levantamento indireto de indicadores comportamentais.

Todos os outros estudos encontrados tiveram como público-alvo adultos ou adolescentes entre os quais se identificou um padrão de apego inseguro na infância. Esta dissertação buscou investigar a relação entre o apego em crianças com o comportamento autoagressivo leve.

2.4. Objetivo

Verificar se há relação entre ocorrência de autoagressões leves (como roer unha, arrancar pelinhas e casquinhas do corpo) em crianças e o tipo de apego parental considerado negativo pela criança, por meio de uma análise quali-quantitativa dos dados.

2.5. Método

2.5.1. Aspectos Éticos da pesquisa

Em conformidade com a Resolução do CNS nº 466/12 do Ministério da Saúde, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-IPUSP - CAAE 26531119.2.0000.5561 Parecer nº 3.906.796). De acordo com o Capítulo IV da referida resolução, foi enviado previamente aos responsáveis da criança o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na forma de convite para a participação nesta pesquisa (ANEXO A). No dia da coleta de dados com a criança, foi lido o Termo de Assentimento Livre e (TALE) (ANEXO B).

2.5.2. População

A amostra deste estudo foi selecionada por conveniência e foi inicialmente composta por 51 crianças, porém uma das crianças foi excluída do estudo por não conseguir responder às questões devido a interferências constantes da mãe, o que prejudicou consideravelmente o andamento e a qualidade da coleta de dados com ela. Assim sendo, a amostra final foi composta por 50 crianças entre 8 e 11 anos e 11 meses de idade selecionadas por conveniência. As respostas consideradas (n=50) foram distribuídas da seguinte forma: 13 crianças (26%) tinham 8 anos, 13 crianças tinham 9 anos (26%), 15 crianças tinham 10 anos (30%) e 9 crianças tinham 11 anos de idade (18%), conforme mostra a Tabela 3. No que se refere ao sexo, 24 crianças eram do sexo masculino (48%) e 26 crianças eram do sexo feminino (52%), conforme mostra a Tabela 4. No que se refere à constituição da parentalidade, 31 crianças (62%) dizem que os pais nunca se separaram e 19 crianças (38%) dizem que os pais já se separaram pelo menos uma vez ou estão separados, de acordo com a Tabela 5.

Tabela 3: Distribuição da amostra por idade

Idade	n	%
8 anos	13	26
9 anos	13	26
10 anos	15	30
11 anos	9	18
Total	50	100

Fonte: Kurbhi (2022)

Tabela 4: Distribuição da amostra por sexo

Sexo		n	%
	Masculino	24	48
	Feminino	26	52
	Total	50	100

Fonte: Kurbhi (2022)

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo a constituição da parentalidade

Constituição da Parentalidade		n	%
	Pais nunca se separaram	31	62
	Pais já se separaram	19	38
	Total	50	100

Fonte: Kurbhi (2022)

2.5.3. Instrumentos

- Questionário fechado de respostas dicotômicas sobre as autoagressões leves (ANEXO C)
- Inventário de percepção de suporte familiar IPSF

No questionário, foram feitas quatro questões à criança, no formato SIM e NÃO, para saber quais são os tipos de autoagressões leves que elas praticam. Os comportamentos selecionados para este instrumento foram aqueles que são mencionados por Giusti (2013): roer unhas, arrancar pelinhas e arranhar-se até sangrar, aos quais foi acrescentado arrancar casquinhas de machucados, o que parece ser um comportamento frequente entre crianças pequenas.

O Inventário de Suporte Familiar (IPSF) foi aplicado integralmente. Tal instrumento avalia três fatores:

Fator 1: Afetividade e Consistência

Avalia a expressão dos afetos entre os membros da família, a interação entre eles, a clareza das regras familiares, o interesse, a proximidade, o acolhimento, a comunicação, a interação, o respeito, a empatia, a verbalização, a consistência de comportamentos e as habilidades da família na resolução de problemas.

Fator 2: Adaptação Familiar

Avalia sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, como, por exemplo, raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, sentimento de não pertencimento, vergonha, culpa, agressividade e competição entre os elementos da família.

Fator 3: Autonomia

Avalia as relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família.

O IPSF é validado para a população brasileira entre 11 e 57 anos de idade e consta no SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos) com parecer favorável até 2024 para utilização com pessoas de 11 a 60 anos. A correção do IPSF leva em conta a pontuação de cada um dos três fatores e a pontuação geral para uma população de grande amplitude etária (de pré-adolescentes a adultos em idade avançada). Estudos como os de Costa et al. (2007) e de Lima e Pacheco (2018) utilizam o IPSF com crianças em idade inferior a 11 anos no contexto de pesquisa, o que é permitido pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia).

Para a correção dos dados obtidos utilizou-se os parâmetros de avaliação da versão infanto-juvenil (IPSF-IJ) longa, recentemente publicada (Baptista et al, 2020), cuja população-alvo foram crianças e adolescentes entre 10 e 16 anos, por estarem mais próximos da população deste estudo. De acordo com Baptista (2020), o IPSF foi aplicado integralmente e a versão infanto-juvenil do IPSF apresentou bons indicadores de precisão e boa estrutura interna. Mais do que um escore, o que interessa aqui é compreender como a criança entende a sua relação de apego com os seus cuidadores.

2.5.4. Procedimentos⁴

A coleta de dados foi feita durante a pandemia por Coronavírus Covid 19 ao longo do ano de 2020 em fase de isolamento social. Inicialmente foi feito um contato remoto, via WhatsApp, com os responsáveis pela criança e lhes foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). O consentimento dos responsáveis foi também dado por esse meio. Após o consentimento dos responsáveis, foi decidido com eles o melhor dia e horário para o contato remoto sincrônico com a criança por meio de vídeo chamada.

Na sessão de vídeo chamada com a criança, foi lido o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Se a criança concordou em participar do estudo, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados. Caso contrário, o contato com a criança foi encerrado e os pais comunicados da decisão da criança.

Após a coleta de dados, foi feito o tratamento estatístico por meio dos programas SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0) e SPAD 8.0 (Système Portable d'Analyse des Données, versão 8.0). Os gráficos foram construídos pelo Programa Excel da Microsoft.

2.5.5. Resultados

Quanto aos comportamentos autoagressivos leves, 52% da amostra disse roer unhas, 54% disse arrancar pelinhas dos dedos ou da boca, 54% disse arrancar casquinha de machucados e 10% disse se arranhar até sangrar. Quanto a esse último comportamento, ao longo da pesquisa, percebeu-se que a pergunta não estava bem formulada, pois todas as crianças que afirmaram arranhar-se até sangrar complementavam a sua resposta, dizendo que se arranhavam dessa forma somente quando picadas por insetos. Portanto trata-se de um comportamento provocado por uma situação externa, fora do objetivo desse estudo. Por esse motivo, tal dado será desconsiderado nos resultados.

⁴ Devido à Pandemia por COVID 19, que exigiu distanciamento social com momentos de isolamento social, os procedimentos precisaram ser estruturados de forma a conferir a maior segurança possível para a pesquisadora, para a população estudada e seus contactantes.

Tabela 6: Frequência de Roer Unha

Roer unha		n	%
	Sim	26	52
	Não	24	48
	Total	50	100

Fonte: Kurbhi (2022)

Tabela 7: Frequência de Arrancar Pelinha

Arrancar Pelinha		n	%
	Sim	27	54
	Não	23	46
	Total	50	100

Fonte: Kurbhi (2022)

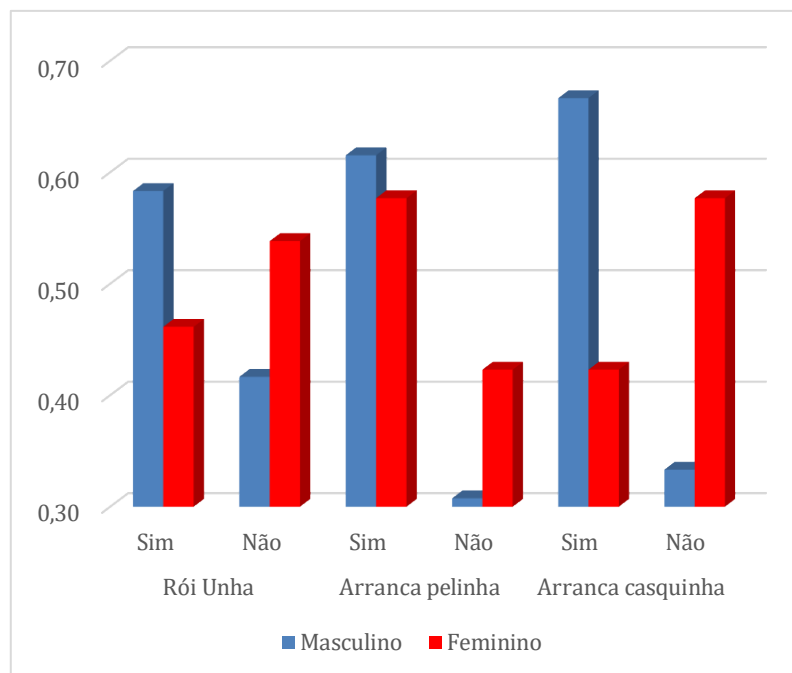
Tabela 8: Frequência de Arrancar Casquinha

Arrancar Casquinha		n	%
	Sim	27	54
	Não	23	46
	Total	50	100

Fonte: Kurbhi (2022)

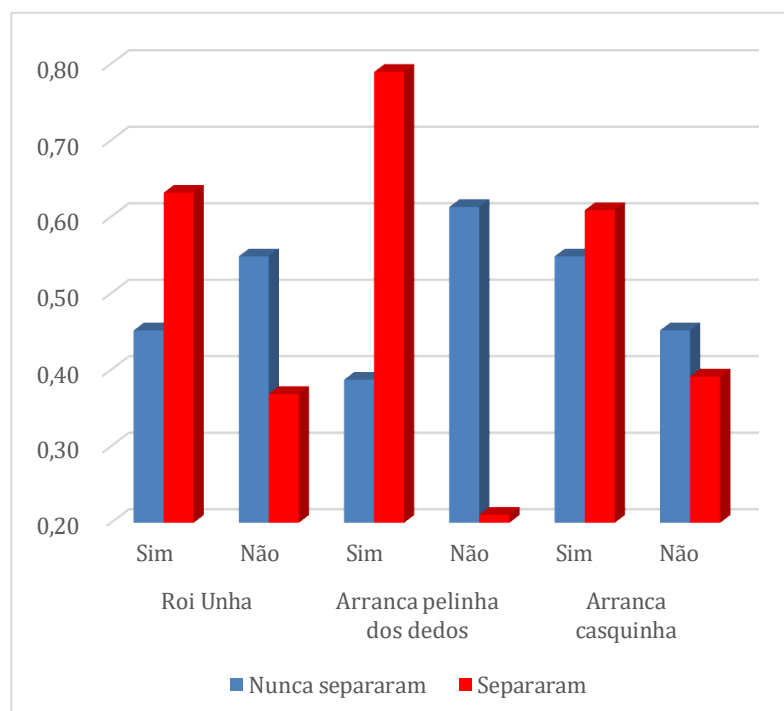
As Figuras 6 a 8.3 mostram que o total de comportamentos autoagressivos leves são mais praticados por meninos do que por meninas cujos pais já se separaram em algum momento. Nas crianças de 8 anos, predomina o comportamento de roer unha (77%); entre as de 9 anos, a diferença entre os comportamentos é quase imperceptível; nas crianças de 10 anos, uma discreta maioria refere arrancar pelinha (53%), enquanto que, entre as crianças de 11 anos, arrancar pelinhas (89%) e casquinhas (78%) predominam.

Figura 6: Proporção Sexo x Autoagressão



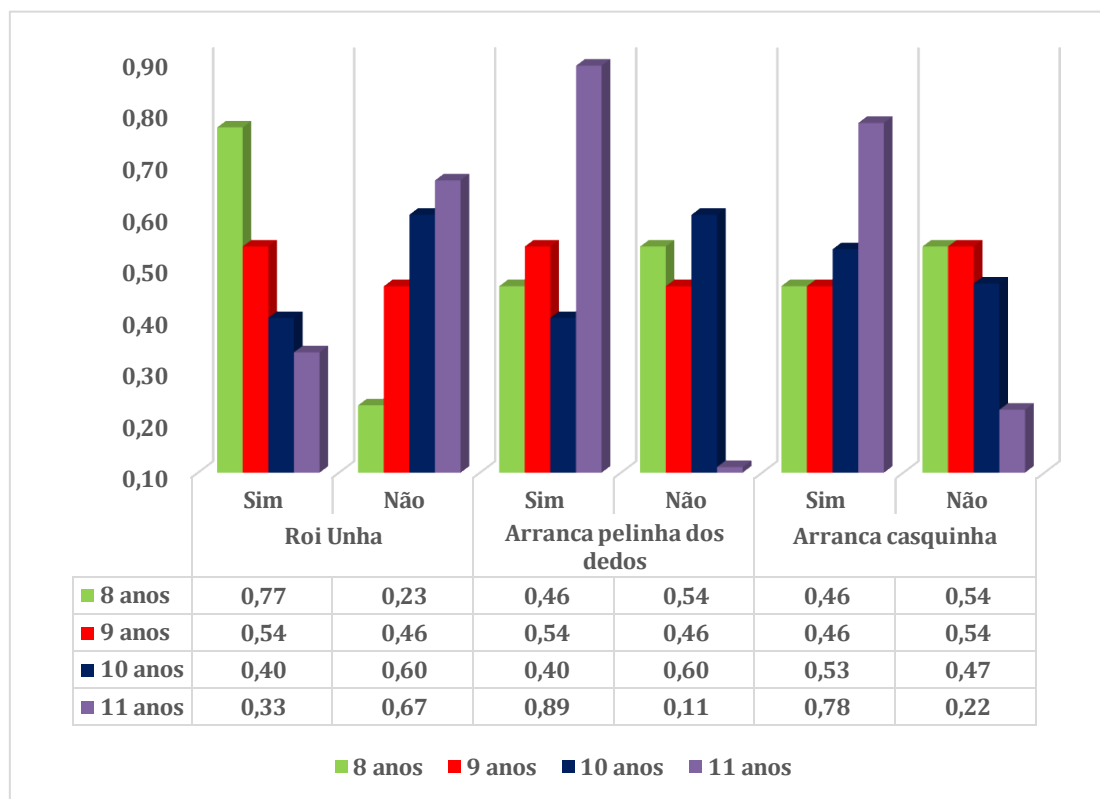
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 7: Proporção Parentalidade x Autoagressão



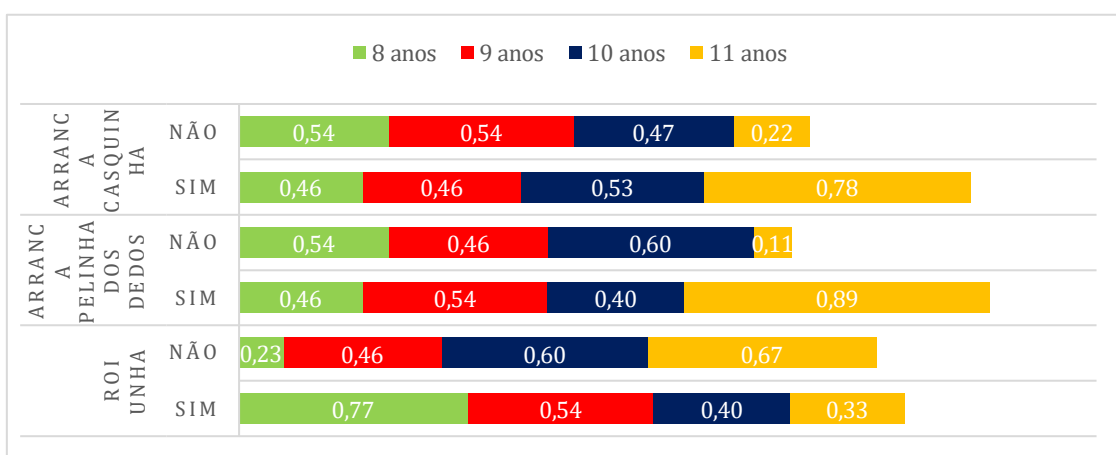
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 8.1: Proporção Autoagressões x Idade



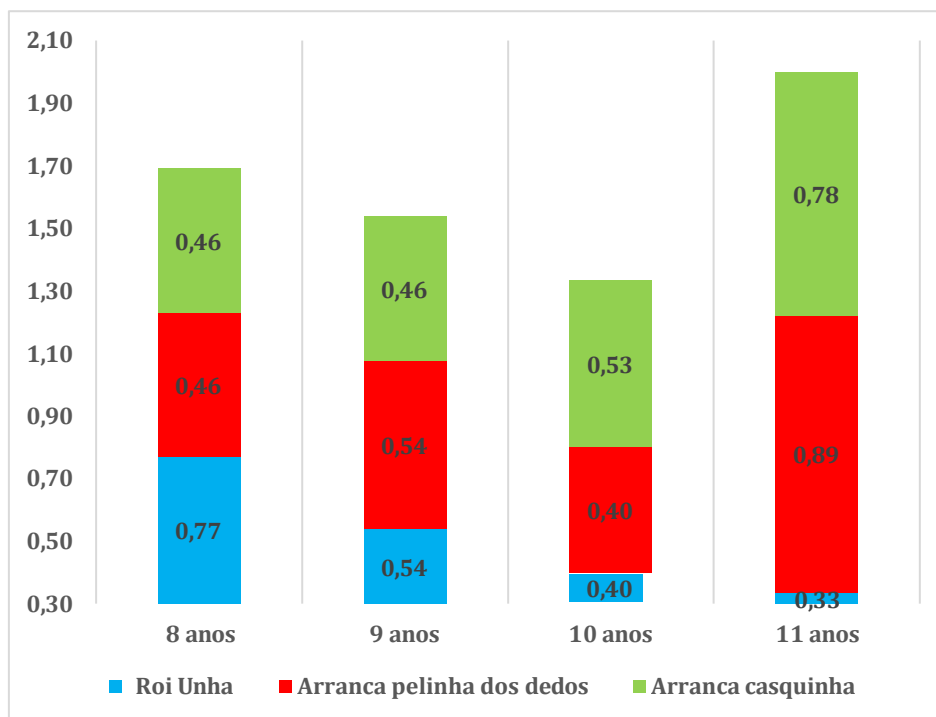
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 8.2: Proporção Autoagressões x Idade



Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 8.3: Proporção Autoagressões x Idade



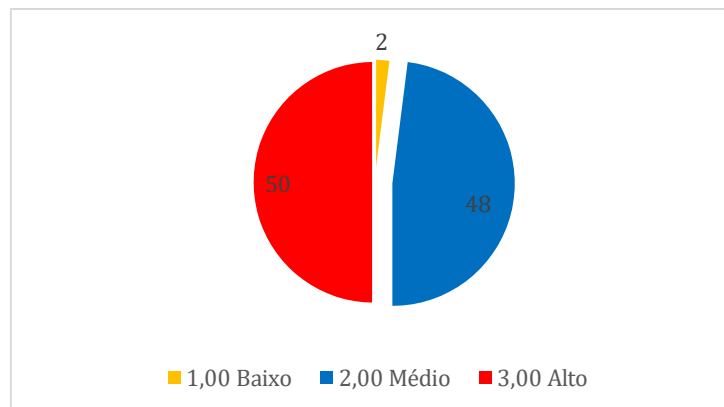
Fonte: Kurbhi (2022)

Cada um dos três fatores medidos pelo IPSF (afetivo-consistente, adaptação, autonomia) foi dividido em 3 grupos calculados a partir do escore Z. Na construção dessa tabela, foram usadas as médias do estudo de Baptista (2020): um grupo considerado com escores baixos, um grupo com escores em torno da média, outro grupo com escores altos. Desses 3 grupos, interessam, neste estudo, aqueles que estão fora da média, ou seja, que apresentam escores altos ou baixos, pois entende-se que eles revelam graus insuficientes ou excessivos de afetividade, de adaptação e de autonomia, podendo definir diferentes padrões de apego da criança em relação à família.

Desta forma, observa-se que 2% das crianças expressam que a sua família é pouco ou nada afetiva, 48% dizem que a afetividade na família é adequada e 50% falam que a família é afetiva em excesso (Figuras 9 a 11). No que diz respeito à adaptação, que avalia sentimentos negativos em relação à família, observa-se que 2% das crianças se sentem pouco adaptados em relação à sua família, 60% sentem-se adaptados e 38% sentem-se excessivamente

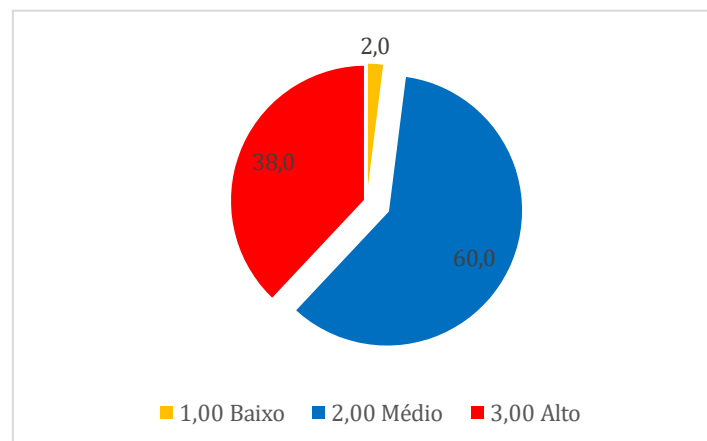
adaptados. Em relação ao fator que mede a autonomia familiar, quase todas as crianças relativizaram a própria autonomia na família devido à pouca idade, de forma que 2% referiram pouca ou nenhuma autonomia em relação à família e as demais crianças se referiram com autonomia relativa.

Figura 9: Grupos do Fator 1- Afetivo-consistente



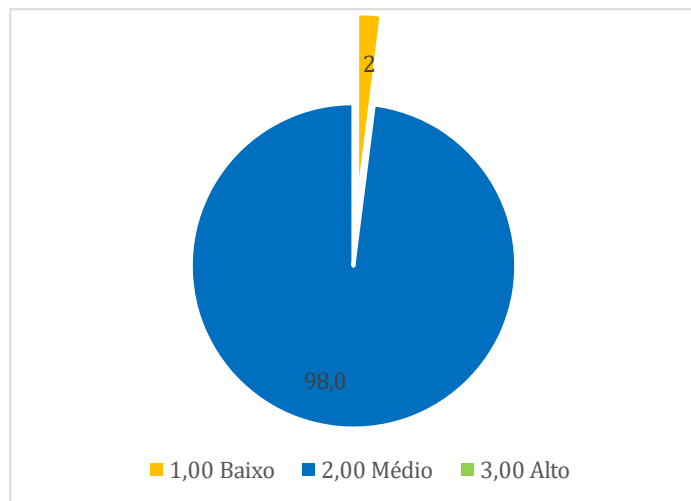
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 10: Grupo 2: Grupos do Fator 2 - Adaptação



Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 11: Grupos do Fator 3 – Autonomia



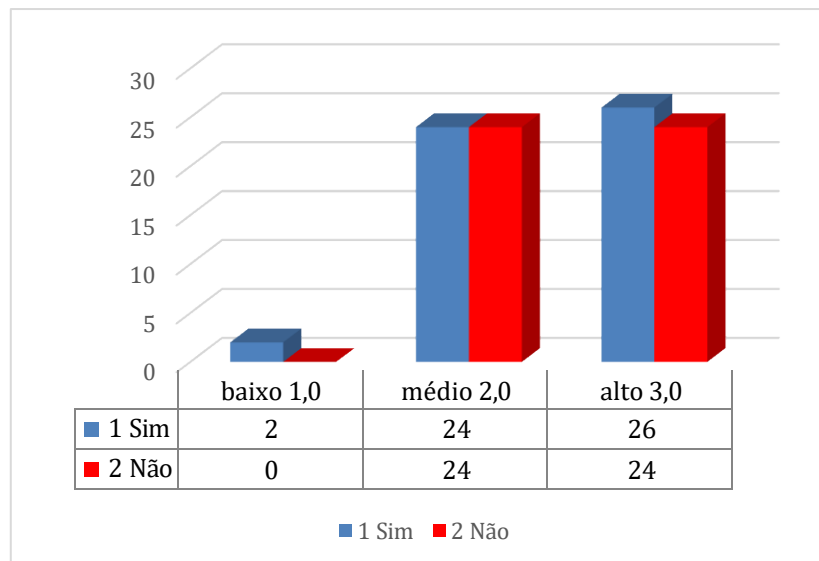
Fonte: Kurbhi (2022)

Foi feito um cruzamento entre a prática de cada um dos comportamentos autoagressivos leves aqui avaliados, conforme mostram as Figuras 12 a 20, a saber: roer unha, arrancar pelinha da boca ou dos dedos, e arrancar casquinhas de machucados (excluindo o arranhar-se até sangrar) com cada um dos fatores medidos pelo IPSF (afetivo-consistente, adaptativo e autonomia). Nesse cruzamento, observa-se que 24% das crianças que roem unhas percebem a família com uma afetividade adequada e 28% percebem a família com distorções em relação à afetividade (26% de forma excessiva e 2% de forma escassa). No que diz respeito à adaptação, 34% entendem que estão adaptados à família, ao passo que 24% entendem que estão desadaptados (sendo 2% pouco adaptados e 22% excessivamente adaptados). Cinquenta e dois por cento das crianças que roem unhas sentem-se autônomas em relação ao grupo familiar (Figuras 12 a 14).

No que se refere ao comportamento de arrancar pelinhas (Figuras 15 a 17), foi possível observar que 28% das crianças referem distorções em relação à afetividade (2% de forma escassa e 26% de forma excessiva) e 26% entendem adequações da família no âmbito afetivo. No que diz respeito à adaptação à família, 2% das crianças se sentem pouco adaptadas, 22% adaptadas em excesso e 30% bem adaptadas. No que concerne à autonomia, 52% da amostra sente-se autônoma em relação à família.

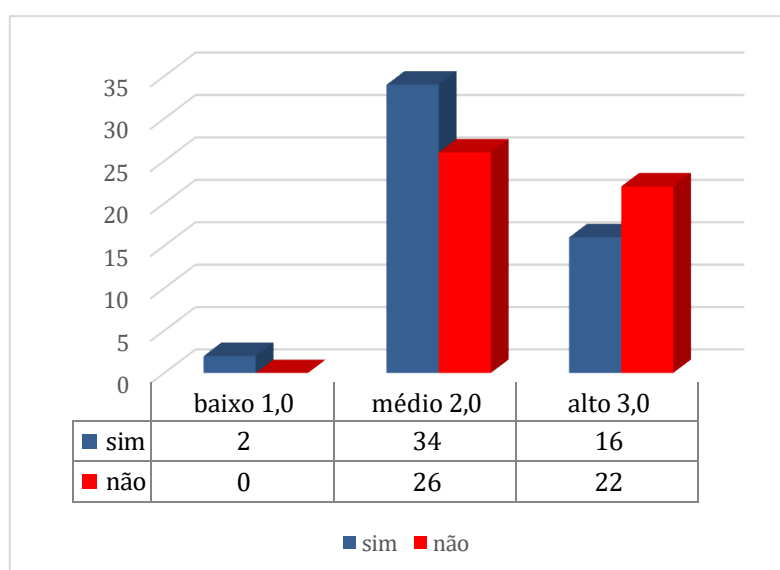
Com relação ao comportamento de arrancar casquinha de machucados (Figura 18 a 20), 28% das crianças referiram afetividade adequada no grupo familiar, 26% referiram afetividade inadequada (2% escassa e 24% em excesso).

Quarenta por cento das crianças que arrancam casquinhas relatam adaptação em relação ao grupo familiar, 14% relatam inadaptção (sendo 2% inadaptção e 12% adaptação em excesso). Cinquenta e dois por cento das crianças que arrancam casquinha dos machucados percebem autonomia em relação ao grupo familiar e 2% percebem pouca autonomia em relação à família.



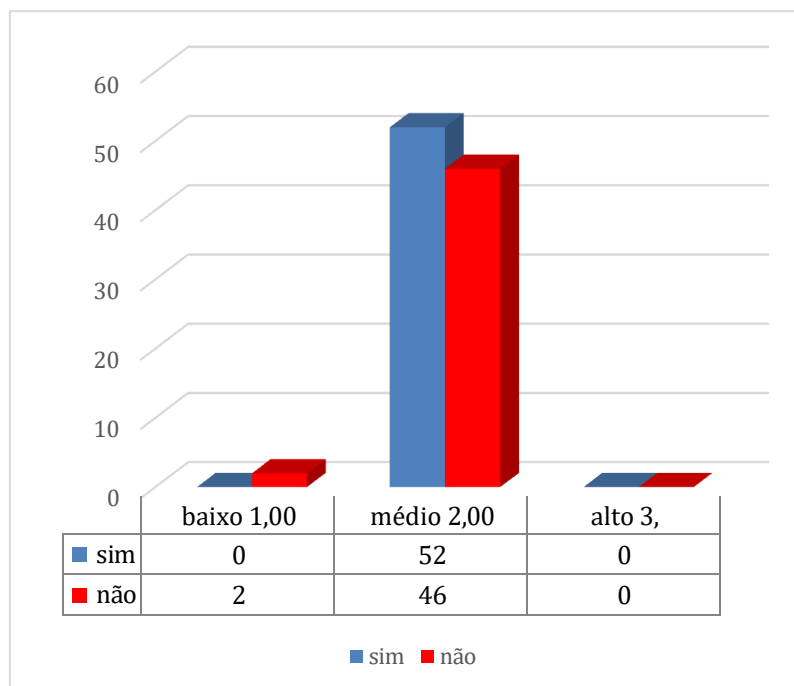
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 13: Roer Unha x Adaptação



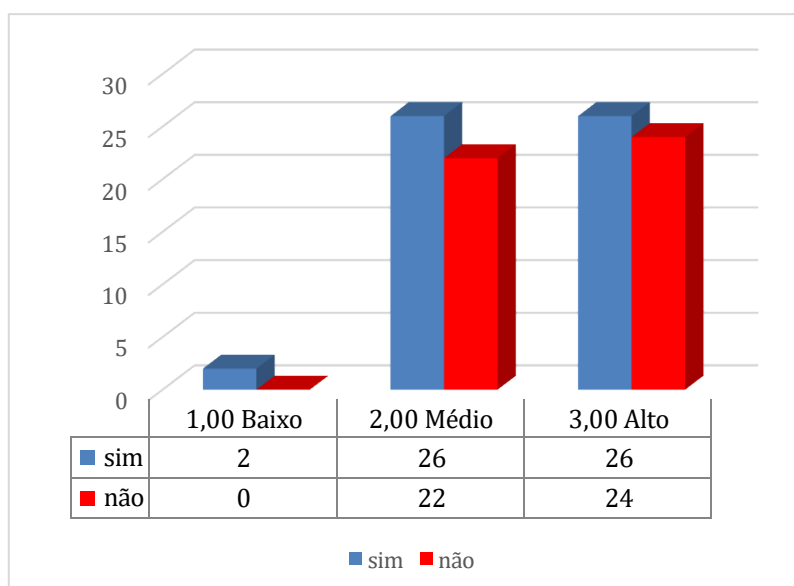
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 14: Roer unha x Autonomia



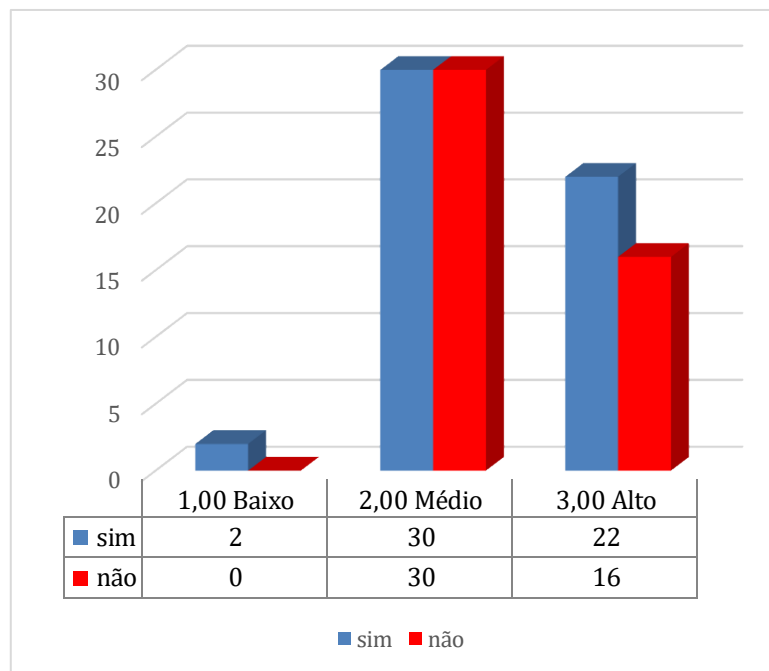
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 15: Arrancar pelinha x Afetivo-consistente



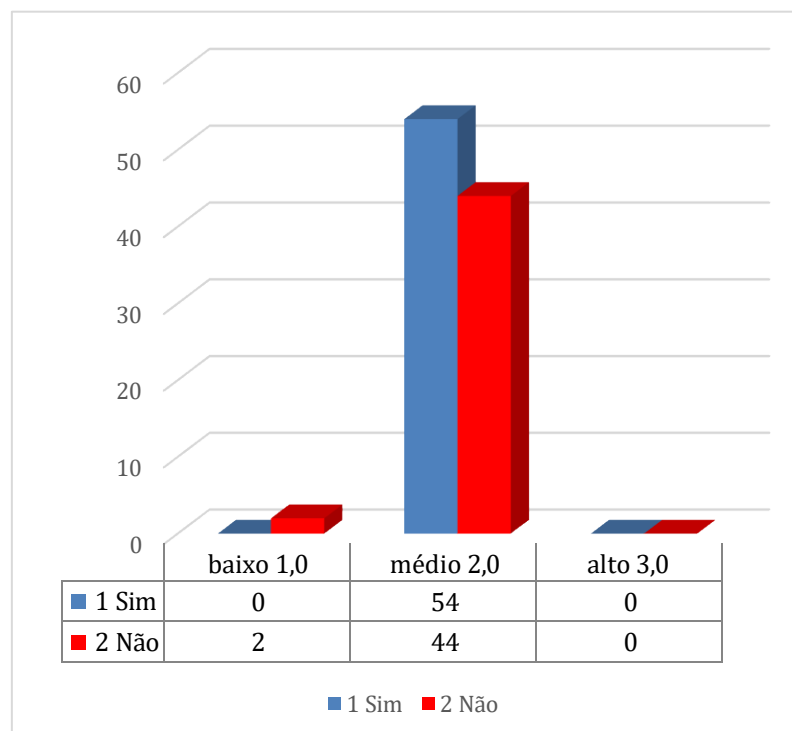
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 16: Arrancar pelinha x Adaptação



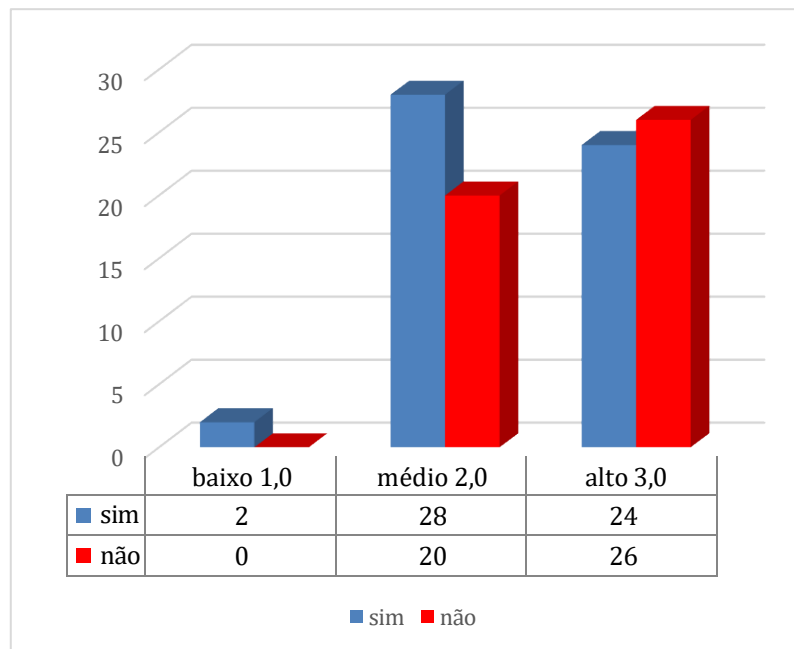
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 17: Arrancar pelinha x Autonomia



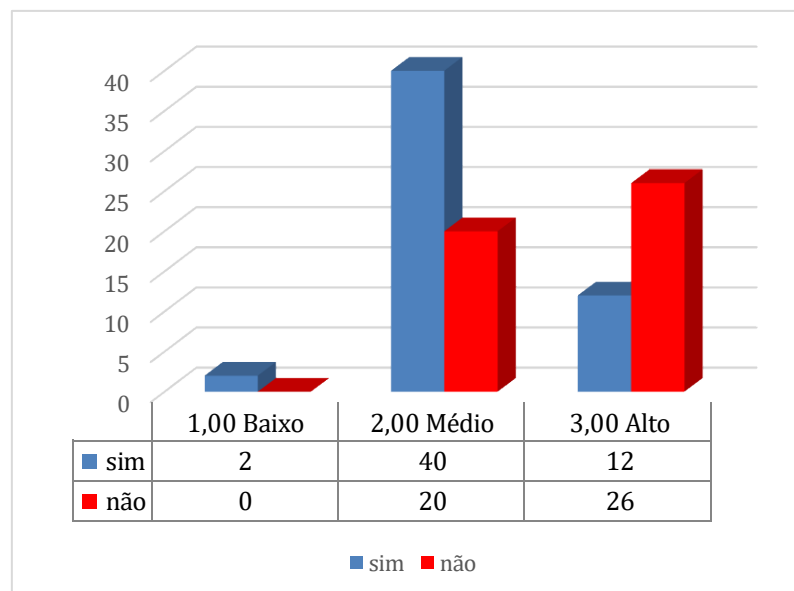
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 18: Arrancar casquinha x Afetivo-consistente



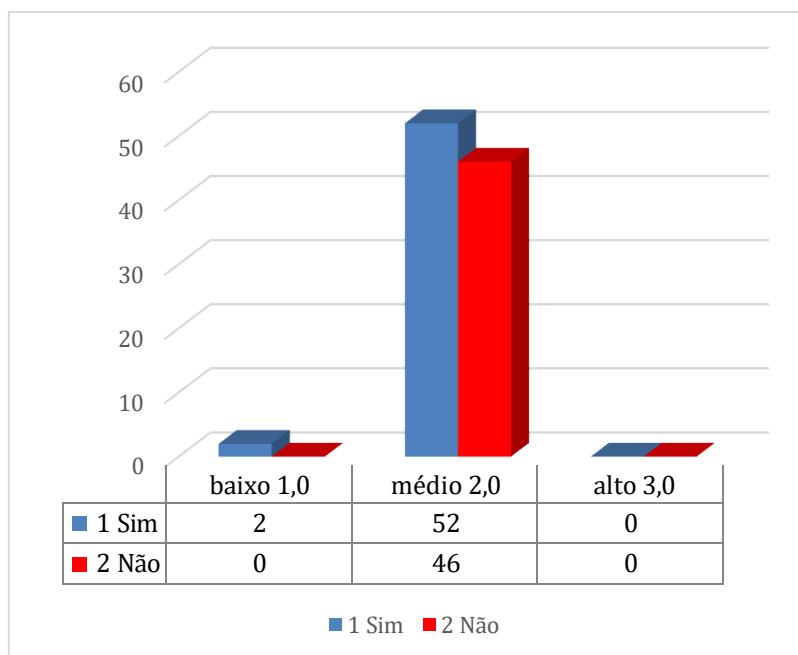
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 19: Arrancar casquinha x Adaptação



Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 20: Arrancar casquinha x Autonomia



Fonte: Kurbhi (2022)

O teste de Mann Whitney foi feito para verificar se houve alguma diferença significativa entre as médias de quem apresentava comportamentos autoagressivos leves e os que não os apresentavam. Nessa análise, observou-se somente na comparação entre as médias das crianças que apresentavam o comportamento de arrancar casquinha e das que não o apresentavam, havendo uma diferença significativa (menor que 5%) no fator adaptação, conforme as Tabelas 9 a 11. Ou seja, as crianças que arrancam casquinhas podem ser consideradas menos adaptáveis à família em relação àquelas que não arrancam casquinhas.

Tabela 9: Teste de Mann-Whitney para Roer Unha

	Afetivo-consistente	Adaptação	Autonomia
Mann-Whitney U	306,000	258,500	299,000
P	,894	,224	,298

Fonte: Kurbhi (2022)

Tabela 10: Teste de Mann-Whitney para Arrancar Pelinha

	Afetivo-consistente	Adaptação	Autonomia
Mann-Whitney U	292,500	299,500	297,000
P	,689	,802	,279

Fonte: Kurbhi (2022)

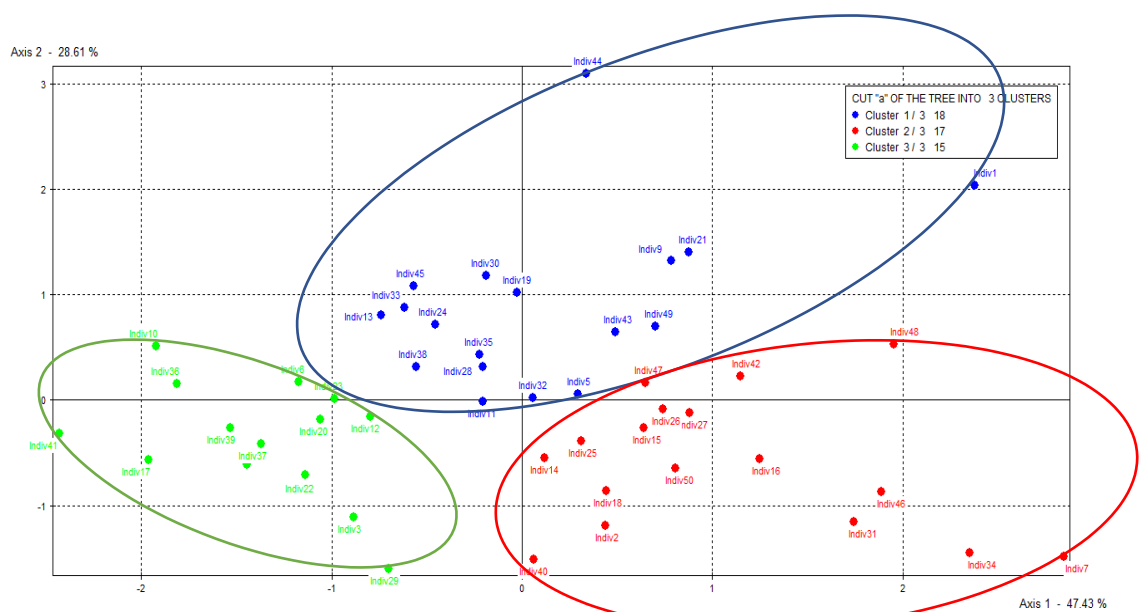
Tabela 11: Teste de Mann-Whitney para Arrancar Casquinha

	Afetivo-consistente	Adaptação	Autonomia
Mann-Whitney U	268,000	199,000	299,000
P	,344	,011	,356

Fonte: Kurbhi (2022)

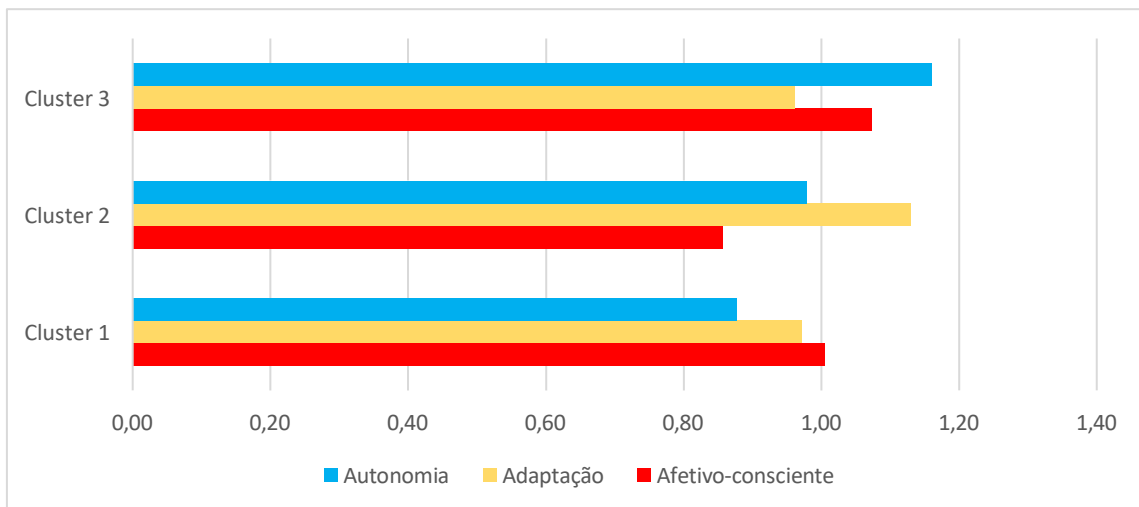
Foi feita ainda uma análise multivariada, para combinar as variáveis existentes no grupo amostral de acordo com suas semelhanças e diferenças, o que permitiu a formação de três diferentes padrões (clusters) na população estudada (Figura 21).

Figura 21: Nuvem de pontos para a construção dos clusters



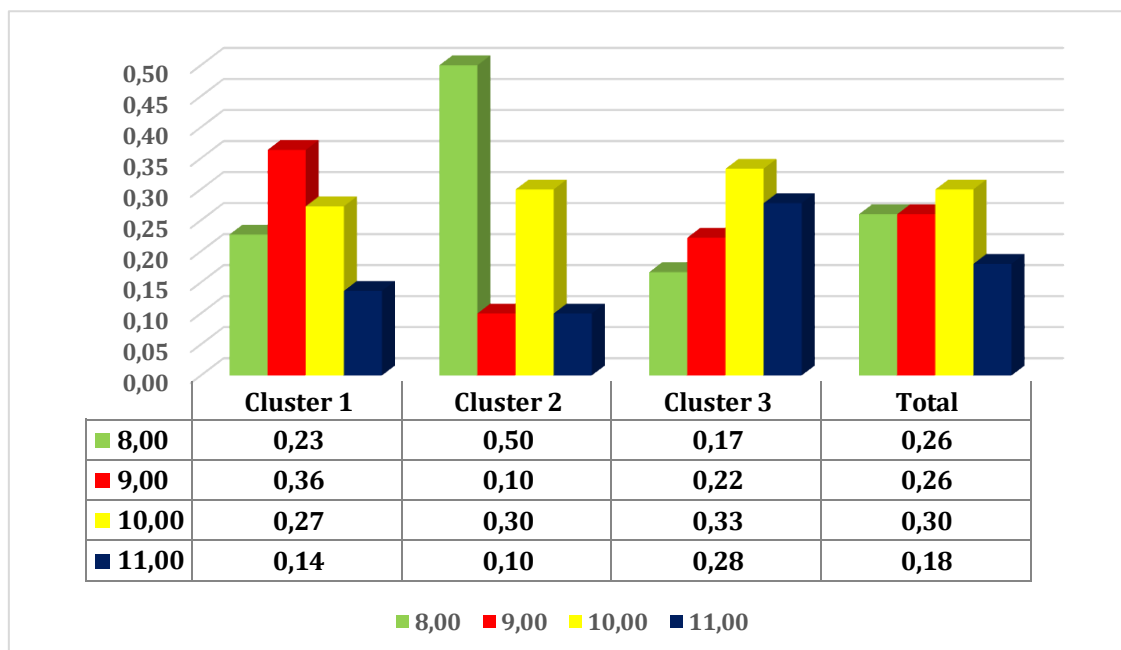
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 22: Fatores predominantes em cada cluster



Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 23: Idade x Cluster

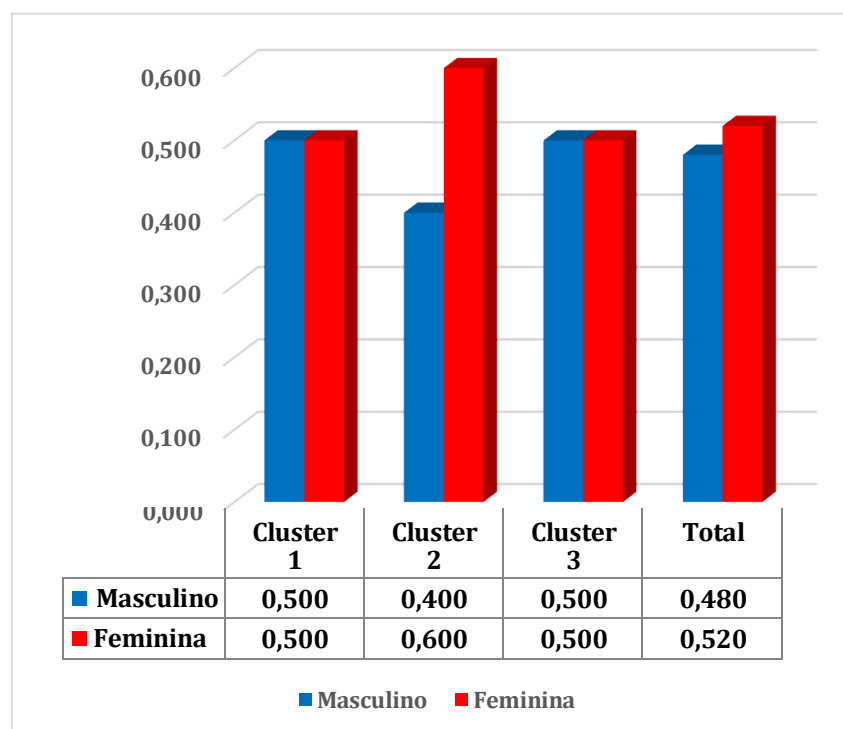


Fonte: Kurbhi (2022)

Verifica-se, nas Figuras 22 a 28, que o cluster 1 conta com 18 pessoas. Nele predominam as crianças de 9 anos, de ambos os sexos,

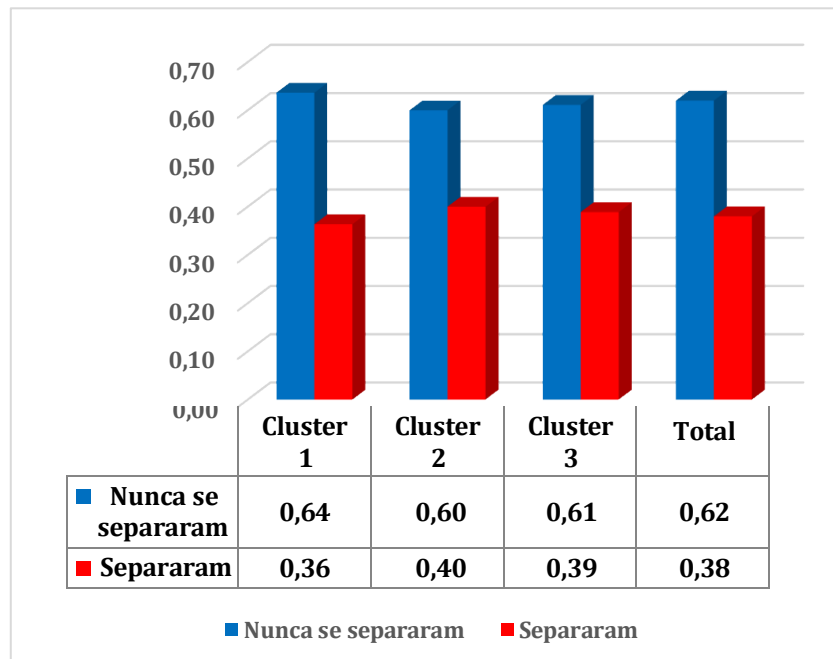
cujos pais nunca se separaram e cujo comportamento autoagressivo que predomina é arrancar casquinha. Sobressaem-se ainda os fatores autonomia e adaptação. Já no cluster 2, com 17 crianças, entre as quais predominam meninas de 8 anos, os pais nunca se separaram e todos os comportamentos autoagressivos leves estão presentes, predominando o fator adaptação. No cluster 3, existem 15 crianças, predominantemente de 10 anos de ambos os sexos, cujos pais nunca se separaram, entre as quais o comportamento autoagressivo leve que se sobressai é arrancar pelinha, e no qual os fatores preponderantes são autonomia e afetividade.

Figura 24: Sexo x Cluster



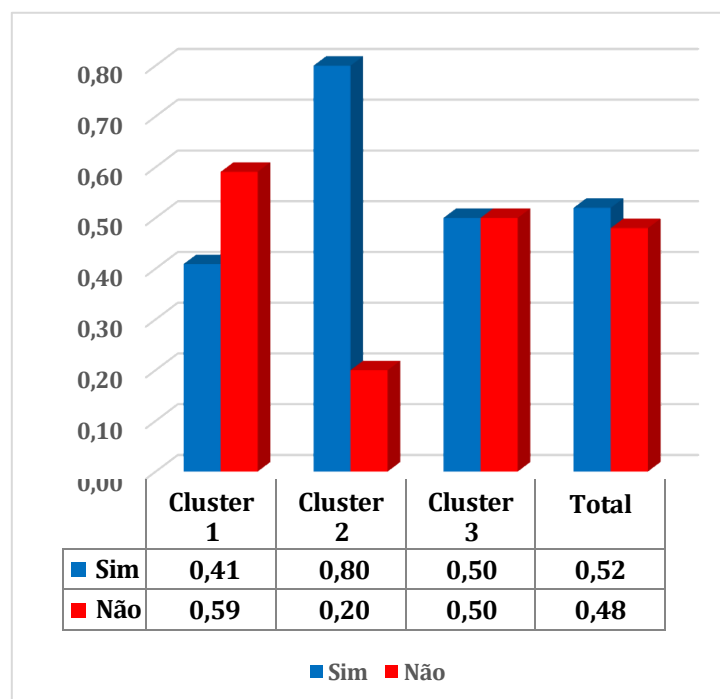
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 25: Constituição da parentalidade x Cluster



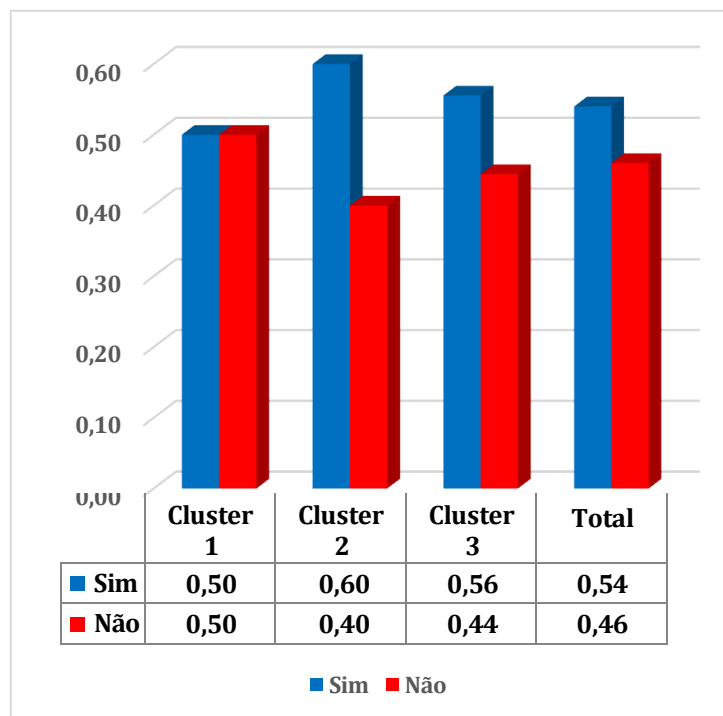
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 26: Roer unha x Cluster



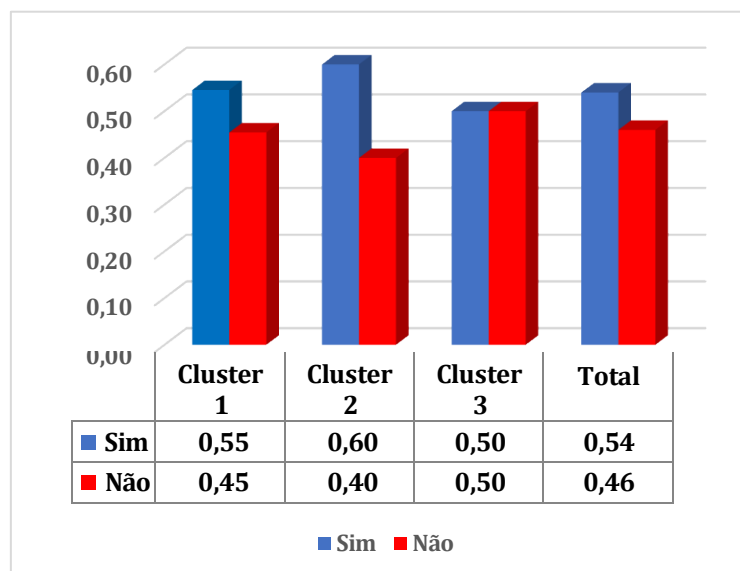
Fonte: Kurbhi (2022)

Figura 27: Arrancar pelinha x Cluster



Fonte: Kurbhi (2022)

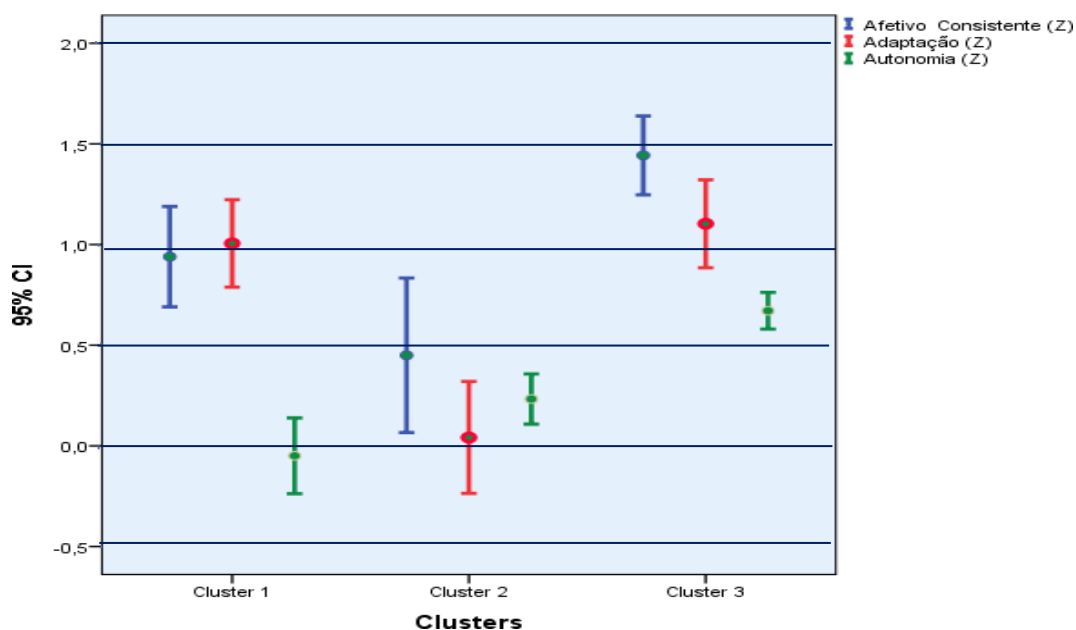
Figura 28: Arrancar casquinha x Cluster



Fonte: Kurbhi (2022)

Após a formação dos 3 clusters foi feito um estudo sobre como cada um dos fatores (afetivo-consistente, adaptativo e autonomia) se comporta quando relacionados à média e transformados em Z-score, conforme mostra, a seguir, a Figura 29. Nessa figura, observa-se que o cluster 3 é aquele que mais se distancia da média e que, portanto, o que mais interessa neste estudo.

Figura 29: Média por fator



Fonte: Kurbhi (2022)

2.5.6. Discussão

A hipótese que orientou a pesquisa que deu origem a esta dissertação é que as ocorrências de autoagressões leves podem estar relacionadas com as formas de apego que a criança estabelece com seus cuidadores principais. Mais especificamente, buscou-se entender se essas autoagressões são decorrentes ou não do apego inseguro estabelecido entre a criança e seus cuidadores.

Para Bohne e Wilhelm (2005), as autoagressões leves são comportamentos usualmente negligenciados na literatura científica. Ainda assim, constam como parte das escalas de avaliação de Sansone, Sansone e Wiederman (1998) e de Alexander (1999) e Washburn (2015). Nesta dissertação, adotou-se a terminologia de Giusti (2013) e Klonsky e Olinio (2008), que denominam autoagressões leves os comportamentos de roer unhas,

arrancar pelinhas e arranhar-se. Alguns desses comportamentos podem ser bastante comuns entre as crianças, mas não necessariamente estão associados a uma doença mental grave ou levam ao suicídio, embora possam cronificar-se e trazer consequências negativas com sua prática a longo prazo. Dessa forma, debruçou-se sobre tais comportamentos, em especial roer unhas, arrancar pelinhas dos dedos ou de boca (mencionados por GIUSTI, 2013) e arrancar casquinha de machucados, por serem bastante comuns entre crianças.

Partiu-se do princípio de que, na criança, os recursos psíquicos e verbais ainda são insuficientes para que ela consiga reconhecer, elaborar e expressar algumas emoções e que as autoagressões leves possam servir como formas de comunicar algum tipo de sofrimento psíquico, tais comportamentos pouco nocivos são qualitativamente diferentes daqueles de notificação obrigatória ao Ministério da Saúde por meio do DATASUS, a qual contém os dados de violências autoprovocadas graves. Tais comportamentos também não aparecem com frequência na mídia, portanto é pouco provável terem origem interpessoal.

O principal objetivo neste estudo foi tentar relacionar a ocorrência de autoagressões leves em crianças com a percepção que elas têm sobre as suas relações parentais. Para isso, utilizou-se de dois instrumentos: o IPSF (Inventário de Percepção de Suporte Familiar) e um questionário, sobre a prática autoagressões leves, elaborado pela pesquisadora.

Plener e Fegert (2012), Zetterqvist (2015), Rodriguez (2017) encontraram comportamentos autoagressivos principalmente entre meninas adolescentes. Gandhi, Luyckx, Baetens, Kikens, Sleuwaegen, Berens, Maitra e Claes (2018) encontraram um pico de comportamentos autoagressivos principalmente em meninos de 9 anos. Na amostra geral deste estudo, verificou-se ocorrência de comportamentos autoagressivos leves desde os 8 anos, na sua maior parte entre meninos, cujos pais já haviam se separado, com um rebaixamento gradual da frequência desses comportamentos aos 9 e 10 anos de idade, e com pico de comportamentos autoagressivos aos 11 anos de idade.

O IPSF é um instrumento que avalia como o respondente percebe o suporte familiar por meio de três fatores, a saber: afetivo-consistente, adaptação familiar e autonomia. Portanto, o IPSF ajudou a buscar informações sobre o tipo de apego (seguro ou inseguro) que a criança estabelece com a família. Uma das referências para a construção deste instrumento foi o PBI (A Parental Bonding

Instrument) (Baptista, 2009, p. 27), muito utilizado pelos estudiosos sobre autoagressividade já citados anteriormente (p. 52), destinado a medir a adequação do vínculo entre pais e filhos na perspectiva do adulto.

Deve-se ressaltar que a coleta de dados desta pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2020 e primeiro semestre de 2021, período que exigiu distanciamento social e confinamento domiciliar. Esse intervalo de tempo foi o momento mais intenso da pandemia por coronavírus e certamente causou um grande impacto psíquico nas pessoas, pois elas estavam privadas de convívio social. Assim sendo, as crianças conviveram de maneira muito próxima com suas famílias e puderam experimentar o que de melhor e de pior as suas famílias tinham para lhes oferecer. Imagina-se que, nesse período de confinamento, as fantasias coletivas em relação ao vírus se sobrepuseram às questões pessoais e/ou familiares, ou ainda que os complexos familiares foram vividos de forma mais inconsciente dentro do grupo familiar. Certamente as crianças não foram poupadas destas questões.

O referido inventário (IPSF) foi aplicado em sua integralidade. Ao longo da aplicação do instrumento, identificou-se algumas questões que eram mal compreendidas pelas crianças, em especial a questão número 30. Tais itens exigiam explicações da pesquisadora, as quais foram dadas na ocasião por meio de exemplos e analogias para facilitar a sua compreensão. O recente estudo de Baptista (2020) desconsiderou 5 itens do inventário inicial do IPSF (originalmente composto por 42 itens), para a validação do instrumento para a população infanto-juvenil (IPSF-IJ, cuja versão longa ficou com 37 questões após a supressão dos itens problemáticos) por considerar que elas “podem ter apresentado um conteúdo mais complexo e/ou de difícil compreensão para escolares, sobretudo no ensino fundamental” (Baptista, 2020, p. 447). Segundo este autor, uma das 5 questões excluídas na versão infanto-juvenil, pode ter tido uma interpretação equivocada entre o público em questão e não medir adequadamente o fator a que se propunha. Além das questões identificadas como problemáticas por Baptista (2020), observou-se nesta pesquisa que mais duas questões, as de número 6 e 19, apresentaram dificuldades de compreensão pelas crianças. Mesmo assim, elas foram mantidas para que o teste pudesse ser corrigido segundo os critérios do autor (Baptista, 2020).

Ainda em relação ao IPSF, foram encontradas dificuldades no sentido de que o instrumento não contempla constituições familiares contemporâneas, como crianças que moram em duas casas, cujos irmãos transitam nas casas dos responsáveis, ou famílias que têm dois pais ou duas mães. Uma das crianças entrevistadas passava metade da semana na casa do pai e metade na casa da mãe e não sabia como responder às questões, fazendo uma média entre as duas vivências. Na questão “Atualmente resido com...” muitas crianças mencionaram, além das pessoas da casa, animais de estimação (gatos, cachorros, coelhos, passarinhos, tartarugas) e uma criança incluiu um amigo imaginário. É possível pensar que os animais de estimação e o amigo imaginário são figuras de apoio emocional para as crianças que os referiram e que não entram nas 42 questões do instrumento.

De acordo com a Teoria do Apego de Bowlby (1984), que vem sendo revisitada pelos teóricos junguianos do desenvolvimento, o apego seguro é aquele em que a criança encontra na família ou no seu cuidador principal uma relação de segurança, o que confere adaptabilidade e flexibilidade ao ego, que se desenvolve de forma saudável. Ao contrário, o apego inseguro pode ser definido como o tipo de relação da criança com o principal cuidador ou com a família, em que a família não está sintonizada com as necessidades afetivas da criança e cujo cuidado é compreendido por ela como insuficiente, o que significa que a criança é colocada diante de situações desconfortáveis, diante das quais não dispõe de recursos psíquicos para lidar. A rigidez e a falta de flexibilidade conferidas ao ego desregulam os afetos e geram comportamentos dissociados e pouco sintônicos com a realidade. O apego inseguro pode ser de três tipos: ansioso-evitativo, ansioso-resistente ou desorganizado (Bowlby, 1984)

Supôs-se que as crianças que apresentavam os fatores afetivo-consistente, adaptação e autonomia próximos à média ($+1 \leq Z \leq -1$), compreendiam o suporte familiar como adequado, suficiente e congruente com suas necessidades, ou seja, elas tinham um tipo de apego que pode ser considerado seguro. As Figuras 6 a 8 evidenciam que 48% das crianças consideraram seus pais afetivos e consistentes, 60% entenderam que estão adaptados à família e 98% das crianças referiram autonomia, embora quase todas tenham relativizado a autonomia dentro da família devido à pouca idade, expressando frases do tipo “... mas eu só tenho 9 anos!”.

Se a criança apresentou uma pontuação abaixo da média ($Z \leq -1$), inferiu-se que ela percebia o suporte familiar como insuficiente, pouco afetivo, pouco consistente nas suas atitudes e que a criança se sente pouco adaptada, desconfortável e pouco autônoma para a realização de tarefas, indícios de que ela tem um tipo de apego inseguro com a família. Observou-se que esse grupo foi muito pequeno, de modo que 2% das crianças consideraram a família pouco afetiva e consistente, e se consideraram pouco adaptadas ao grupo familiar e pouco autônomas. Dado o grande número de crianças que apresentam comportamentos autoagressivos leves (52% roem unhas, 54% arrancam pelinhas e 54% arrancam casquinha), é improvável que as crianças autoagressivas pertençam àquele grupo. Pode-se dizer que esse grupo de crianças se desenvolve com a ausência afetiva dos seus cuidadores, o que coincide com as definições de apego ansioso-evitativo (ou abstinido), nele a atenção, o cuidado e o afeto nunca existiram na díade cuidador-criança e/ou com o apego resistente (ou ambivalente) em que pode ter havido ressonância afetiva entre a dupla cuidador-criança, mas deixou de haver (Bowlby, 1984).

Se a criança apresentou uma pontuação alta ($Z \geq +1$), considerou-se também que o suporte familiar era insuficiente, no sentido de que a criança pode estar sentindo que a família é sufocante e um tanto rígida nas suas atitudes, percebendo uma indiferenciação entre ela e o grupo familiar e cuja expectativa da família é de que ela seja mais independente e autônoma do que ela pode ser neste momento, conferindo à criança uma sensação de insegurança. Assim, supôs-se também que a criança tem um tipo de apego inseguro em relação à família, mas qualitativamente diferente do grupo que se encontra abaixo da média. Tal tipo de família não oferece aos filhos os recursos necessários para adaptação ao ambiente, parece cerceadora, podendo gerar comportamentos disruptivos diante de algumas situações. Esse tipo de apego coincide com a definição de apego ambivalente (ou desorientado) (Bowlby, 1984), em que a criança carece de estratégias adaptativas. Aqui, 50% do grupo amostral referiu que a família era afetiva em excesso, e 38% disse estar muito adaptado em relação a ela. Nenhuma das crianças sentiu-se autônoma demais dentro do grupo familiar. A situação de pandemia pode ter reforçado uma sensação de simbiose ou de proximidade extrema entre a criança e seus cuidadores.

No cruzamento de dados (Figuras 8 a 17), constatou-se que 26% das crianças que roem unhas, 26% das que arrancam pelinha e 24% das que arrancam casquinha sentem-se afetivamente sufocadas ou cerceadas pela família. Foi possível observar que grande parte dos pais ou responsáveis quis participar da coleta de dados junto às crianças e que alguns deles fizeram interferências nas respostas dos filhos, embora fosse pedido que, se eles o fizessem, deveriam acompanhar o procedimento em silêncio e fora do campo de visão da criança, o que corrobora essa percepção dos filhos. Portanto, agredir-se levemente pode guardar alguma relação com o excesso de cuidado das famílias em relação às crianças. Essa foi uma das limitações da pesquisa.

Em relação à adaptação em relação ao grupo familiar, 18% das crianças que roem unhas, 22% das que arrancam pelinhas e 12% das que arrancam casquinha percebem-se excessivamente adaptadas, ou identificadas aos padrões familiares ou ainda idealizando as figuras de cuidado, de modo a não referirem insatisfações, oposições ou emoções negativas em relação à família, o que é esperado para essa idade da amostra, pois a criança ainda está num momento do seu desenvolvimento muito próximo dos padrões emocionais da família.

A formação de clusters permitiu a identificação de um outro, especialmente diferente dos demais, por apresentar Z-scores para dois fatores acima de +1, o cluster 3 (Figura 29). Ele caracteriza-se por reunir crianças de 10 anos de ambos os sexos, cujos pais nunca se separaram e entre as quais o comportamento predominante é arrancar pelinha dos dedos ou da boca. Enquanto a amostra geral deste estudo mostrou que os comportamentos autoagressivos leves eram praticados prioritariamente por meninos, o cluster 3 mostrou que esses comportamentos eram praticados igualmente por meninos e meninas. No que se refere à parentalidade, ele mostrou que a maior parte dos responsáveis pelas crianças nunca se separaram, diferente do que ocorre na população geral do estudo em que a maior parte dos responsáveis eram separados. Onde pode-se inferir que a presença física dos cuidadores não significa uma boa medida da relação de apego que eles estabelecem com as crianças.

Os comportamentos de roer unhas e arrancar casquinhas aparecem na mesma proporção em meninos e em meninas nesse cluster. A frequência de roer

unha na população geral foi de 52% e de arrancar casquinha foi de 54%. O comportamento de arrancar pelinha foi predominante nele, com 56% de frequência.

Como se imaginava, constatou-se situações de autoagressões leves em crianças a partir dos 8 anos de idade, tanto naquelas cujos pais nunca se separaram quanto nas cujos pais haviam se separado. Ao longo da coleta de dados, recebeu-se a informação de que duas das crianças (4% da população), uma menina de 9 anos, cujos pais haviam se separado algumas vezes, e um menino de 10 anos, cujos pais moram juntos, praticavam ou haviam praticado recentemente autoagressões mais graves como: ingerir produtos farmacêuticos, cortar extremidades com perfurocortantes, morder-se e beliscar-se até ferir. Esses dados estão de acordo com as observações de Santos e Faro (2018) de que a autoagressividade pode ocorrer qualquer fase da vida e de Gandhi, Luyckx, Baetens, Kiekens, Sleuwaegen, Berens Maitra e Claes (2018) de que pode haver crianças que se autoagridem mais gravemente a partir dos 6 anos de idade, e não somente na adolescência, como referem a maior parte dos estudos.

Os comportamentos levantados neste estudo (roer unhas, arrancar pelinhas dos dedos e da boca, e arrancar casquinha) de fato são muito frequentes. Tal dado observa-se nas Tabelas 6 a 8, as quais mostram que, em torno de 50% da amostra, os pratica. Não foram encontrados estudos especificamente sobre os comportamentos autoagressivos leves.

O fato de o teste de Mann-Whitney (Tabelas 9 a 11) dar uma relação pouco significativa entre os praticantes e não-praticantes de autoagressões leves em relação aos fatores do IPSF (afetivo-consistente, adaptativo e autonomia) mostra que nenhum dos fatores medidos por essa escala foi preponderante para que surgissem tais comportamentos, exceto o de arrancar casquinha quando relacionado com o fator adaptação. É possível afirmar que as crianças que arrancam casquinhas podem ser consideradas menos adaptáveis à família em relação àquelas que não o fazem. Com esses resultados, pode-se hipotetizar que o instrumento não foi sensível às questões que pretendeu-se avaliar ou que existem questões inconscientes que perpassam as relações familiares cujo instrumento em questão não permitiu mensurar. Com relação à coleta de dados, o fato de alguns pais estarem presentes no ambiente em que o

questionário foi realizado com as crianças, ou de os pais estarem “espreitando” o local, pode ter induzido a respostas pouco confiáveis. Da mesma forma, a vivência de confinamento pode ter reforçado nas crianças sentimentos de maior proteção na família, ou, ainda, reforçado sentimentos de irritabilidade no grupo estudado. É importante frisar, entre os 8 e 11 anos, a criança pode ter a necessidade de preservar as figuras parentais. Esses são riscos da escolha de um questionário autorreferido.

Acredita-se que os comportamentos analisados nesta pesquisa podem ter caráter provisório e não necessariamente evoluem para autoagressões graves, ao contrário do que afirmam Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji e McCloskey (2018). Isso porque, se se adota a premissa de que os comportamentos autoagressivos leves se relacionam com os padrões de apego da criança, e se se assume epistemologicamente a teoria desenvolvimentista junguiana como referência, podemos inferir que as alterações dos padrões de apego ao longo da vida por meio do surgimento de modelos secundários de apego e da maturação do indivíduo (Hill, 2015) levam também a uma mudança comportamental, de forma que a autoagressividade pode diminuir ou aumentar. Ou seja, se a criança encontrar, ao longo da vida, modelos de apego suficientes ou seguros, ela pode evoluir sem apresentar autoagressões; e, se ela mantiver ou encontrar ao longo do seu desenvolvimento modelos inseguros de apego, tais comportamentos podem se manter ou piorar.

3. Considerações finais

Neste estudo buscou-se aproximar a ocorrência de autoagressões leves e a forma como a criança entende as suas relações de apego com as figuras de cuidado. Os comportamentos autoagressivos leves estão numa zona de compreensão limítrofe de fenômenos multifacetados e bastante complexos de mensurar ou definir.

A Teoria do Apego de Bowlby (1984) e as recentes contribuições junguianas a esta teoria Hill (2015), Jacoby (2010), Kalshed (2013), explicam teoricamente a possibilidade de os comportamentos autoagressivos leves surgirem a partir de um tipo de apego inseguro entre a criança e seu cuidador. Embora não tenha sido possível estabelecer uma relação estatisticamente

significativa entre a ocorrência das autoagressões leves e o tipo de apego constituído entre a criança e seus cuidadores, foi possível identificar algumas características qualitativas nessa população que valem a pena serem citadas.

Os comportamentos autoagressivos leves ocorrem em todas as faixas etárias estudadas (dos 8 aos 11 anos e 11 meses) em ambos os sexos, mas têm características diferentes em cada faixa-etária. Esses comportamentos podem se sobrepor, ou seja, a criança pode praticar mais de uma autoagressão leve ao mesmo tempo. O pico de comportamentos autoagressivos foi aos 11 anos de idade.

Verificou-se que um tipo de apego ambivalente (ou desorientado) estabelecido entre cuidadores e criança foi preponderante nessa amostra. Desta forma, pode-se concluir que as famílias estudadas não tiveram sucesso em oferecer recursos adaptativos à criança. Os cuidados oferecidos foram marcados pelo excesso de zelo, pela simbiose e pela falta de estratégias oferecidas pelas famílias às crianças, levando a uma adaptação falha destas ao ambiente e gerando nelas impulsividade, contradições, apreensão. Em outras palavras, a autoagressão leve surge diante da sensação de impotência da criança diante do mundo.

É possível que o instrumento utilizado para mensurar as relações de apego da criança com a família, o IPSF, não tenha sido uma boa escolha e não abarque nuances mais inconscientes das relações familiares. Há falta de uma escala específica para avaliar as relações de apego adaptada e validada ao público infantil.

Quatro por cento da amostra praticou ou pratica autoagressões graves, mas essas crianças possuíam características muito diversas entre si, não sendo possível caracterizar esse pequeno grupo. Não há informações sobre outras possíveis crianças da amostra que tenham praticado autoagressões graves. Não foi possível verificar quais seriam os outros fatores que podem provocar ou induzir a autoagressões graves.

As autoagressões leves continuam sendo uma preocupação parental, o que motivou muitos dos responsáveis a autorizarem este estudo. Uma melhor compreensão do fenômeno autoagressividade leve entre crianças pode auxiliar pais e profissionais da saúde e da educação na identificação de um sofrimento emocional que não é verbalizado pela criança e que passa

despercebido pelas estatísticas oficiais. Pode ainda impulsionar pesquisas no campo científico na tentativa de entender, ampliar as discussões e definir mais precisamente esses fenômenos, assim como contribuir na implementação de políticas públicas para a identificação e prevenção do sofrimento mental infantil, encontrando ele ressonância ou não nos conteúdos que são veiculados pelas mais diferentes mídias.

REFERÊNCIAS

- A Parental Bonding Instrument - Parker - 1979 - British Journal of Medical Psychology - Wiley Online Library. (n.d.). Retrieved December 26, 2019, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Alexander, L. A. (1999). The functions of self-injury and its link to traumatic events in college students. *ProQuest Dissertations and Theses*, (February), 79--79 p. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/304515512?accountid=14553%5Cnhttp://openurl.library.uiuc.edu/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+&+Theses+Full+Text&atitl
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of Self-Harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 31–37. <https://doi.org/10.1111/sltb.12330>
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427–454. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>
- Baiden, P., Stewart, S. L., & Fallon, B. (2017). The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse and Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.011>
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo, SP: Vetor.
- Baptista, M. N., De Oliveira, K. L., Inácio, A. L. M., Das Neves Burgos, M., & Peixoto, E. M. (2020). Child-adolescent version of the perception of family support inventory. *Avaliação Psicológica*, 19(4), 441–450. <https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.18533.10>
- Barbosa, A & Moles, O. (1980). Tiro ao Álvaro. [Gravado por Elis Regina e Adoniran Barbosa]. In: *Elis* [Disco LP]. Rio de Janeiro: Odeon
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bohne, A., Keuthen, N., & Wilhelm, S. (2005). Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 227–232. <https://doi.org/10.1080/10401230500295354>
- Bovensiepen, G. (2002). Symbolic attitude and reverie: problems of symbolization in children and adolescents. *Journal of Analytical Psychology*, 47(2), 241–257. <https://doi.org/10.1111/1465-5922.00309>
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.

- Cerutti, R., Zuffianò, A., & Spensieri, V. (2018). The role of difficulty in identifying and describing feelings in non-suicidal self-injury behavior (NSSI): Associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation. *Frontiers in Psychology*, 9(MAR). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00318>
- Completo, J. M. P. S. (2014). *A influência das funções intrapessoais e intrpessoais na auto-injúria não suicida*. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 219–231. <https://doi.org/10.1080/13811110802101096>
- Freitas, M. T., Jobim, S. & Kramer, S. (2007). *Ciências Humanas e Pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin*. São Paulo, SP: Cortês.
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2017.10.007>
- Gandhi, A., Luyckx, K., Molenberghs, G., Baetens, I., Goossens, L., Maitra, S., & Claes, L. (2019). Maternal and peer attachment, identity formation, and non-suicidal self-injury: A longitudinal mediation study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0267-2>
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Deliberate self-harm in adolescents: A literature review with focus on Portuguese language research. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Knijnik, L., Sanchez, P., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(2), 162–168. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082006000200008>
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: a clinical model*. New York / London: Norton.
- Jacoby, M. (2010). *Psicoterapia junguiana e a pesquisa contemporânea com crianças: padrões básicos de intercâmbio emocional*. São Paulo, SP: Paulus.
- James, K. M., & Gibb, B. E. (2019). Maternal criticism and non-suicidal self-injury in school-aged children. *Psychiatry Research*, 273(June 2018), 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.019>
- Jung, C. G. (2013). *Estudos Experimentais*. O. C. v. 2. São Paulo, SP: Vozes.
- _____. *Energia psíquica*. O. C. v. 8/1. São Paulo, SP: Vozes.

- _____. *Psicologia do Inconsciente*. (2013). Obras Completas v. 7/1. São Paulo, SP: Vozes.
- _____. (2013). *Tipos psicológicos*. O. C. v. 6. São Paulo, SP: Vozes.
- _____. *Natureza da psique*. (2013). O. C. v. 8/2. São Paulo, SP: Vozes.
- Kalsched, D. (2013). *O mundo interior do trauma: defesas arquetípicas do espírito pessoal*. São Paulo, SP: Paulus.
- Kalsched, D. E. (2015). Revisioning Fordham's "Defences of the self" in light of modern relational theory and contemporary neuroscience. *Journal of Analytical Psychology*, 60(4), 477–496. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12165>
- Klonsky, D. E., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. Retrieved December 26, 2019, from Journal of Consulting and Clinical Psychology website: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2008-00950-004.pdf>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Kurbhi, F. H. & Rosa, H. R. (2021) Qual autoagressão? Aproximações do tema "autoagressividade" em crianças. *Anais da XVII Jornada APOIAR: violência social e autoinflingida – propostas de atenção e pesquisa*. Organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e Rilza Xavier Marigliano. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Lewis, S. P., & Plener, P. L. (2015). Nonsuicidal self-injury: A rapidly evolving global field. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 4–6. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0081-4>
- Lispector, C. (1991). *A paixão segundo GH*. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Francisco Alves Editora.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado DSM-IV-TR (2002). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais DSM-5. (2014). Porto Alegre, RS: Artmed.
- McGuire, J. F., Kugler, B. B., Park, J. M., Horng, B., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012, December). Evidence-based assessment of compulsive skin picking, chronic tic disorders and trichotillomania in children. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 43, pp. 855–883. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0300-7>

Medeiros, C., Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2016). The indirect effect of the mindful parenting of mothers and fathers on the child's perceived well-being through the child's attachment to parents. *Mindfulness*, 7(4), 916-927. doi:10.1007/s12671-016-0530-z

Ministério Da Mulher, Da Família E Dos Direitos Humanos. (2019, 29 de abril) *Sancionada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio*. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/abril/sancionada-a-politica-nacional-de-prevencao-da-automutilacao-e-do-suicidio>.

Ministério Da Mulher, Da Família E Dos Direitos Humanos. (2019, 6 de junho). *Ministério lança vídeo em alerta à disseminação de conteúdo sobre suicídio e automutilação*. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/junho/ministerio-lanca-video-em-alerta-a-disseminacao-de-conteudo-sobre-suicidio-e-automutilacao>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2016). *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

Ministério Da Saúde. *Violência doméstica, sexual e/ou outras violências na cidade de São Paulo*. (2019). Brasília, DF. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Sinannet/cnv/violesp.def>.

Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2019). *Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: violência Interpessoal / autoprovocada*. Brasília, DF. Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiKuuDIpefjAhWoErkGHd0_CboQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fportalsinan.saude.gov.br%2Fimages%2Fdocumentos%2FAgravos%2FViolencia%2FCADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf&usg=AOvVaw21Qi3Ewkoqca9Y26fWuL1s.

Moraes, V. de. (1987). *Poesia Completa e Prosa*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Aguilar.

Rio de Janeiro, Nova Aguilar, 1987, pp. 261-262. Moreira, H., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Assessing attachment to parents and peers among children and adolescents: Validation of the Portuguese version of the People in My Life. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1318–1333. doi:10.1007/s10826-017-0654-3. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10826-017-0654-3>.

- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. (pp. 9–18). <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *52*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Penna, E. D. (2013). *Epistemologia e método na obra de C. G. Jung*. São Paulo, SP: EDUC: FAPESP, 2013.
- Plener, P. L., & Fegert, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury: State of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-9>
- Prefeitura Da Cidade De São Paulo, Secretaria da Saúde. (2019). *População do Município de São Paulo: Segundo Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria Regional de Saúde*. São Paulo, SP. Recuperado de <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417>.
- Rodríguez, P. G. (2017). La autolesión no suicida, un trastorno en sí o síntoma de otros trastornos? *Ciencia, Cultura y Sociedad*, *4*(Julio-Diciembre), 14–23.
- Sacha, D., & Jean, G. (2016). (PDF) Influence du monde relationnel interne dans le lien entre la dépendance et l'automutilation. Retrieved December 26, 2019, from Bulletin de Psychologie website: https://www.researchgate.net/publication/306045491_Influence_du_monde_relationnel_interne_dans_le_lien_entre_la_dependance_et_l%27automutilation
- Samuels, A. (1989). *Jung e os pós-junguianos*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1989.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(7), 973–983. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199811\)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H)
- Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da autoinjúria: Uma revisão teórica. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, *12*(1), 1–10. <https://doi.org/10.24879/201800120010092>
- Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the Self*. New York / London: Northon.
- Selby, E. A., Franklin, J., Carson-Wong, A., & Rizvi, S. L. (2013). Emotional cascades and self-injury: Investigating instability of rumination and negative emotion. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(12), 1213–1227. <https://doi.org/10.1002/jclp.21966>

- Shamdasani, S. (2005). *Jung e a constituição da psicologia moderna*. Aparecida. São Paulo, SP: Idéias e Letras.
- Siegel, D. J. (1999). *A mente em desenvolvimento: para uma neurobiologia da experiência interpessoal*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Stein, M. (2007). *Jung, o mapa da alma: uma introdução*. São Paulo, SP: Cultrix.
- Tatnell, R., Hasking, P., & Newman, L. (2018). Multiple mediation modelling exploring relationships between specific aspects of attachment, emotion regulation, and non-suicidal self-injury. *Australian Journal of Psychology*, 70(1), 48–56. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12166>
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0261-0>
- Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., & Styer, D. M. (2015). Assessing DSM–5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pas0000021>
- Wilkinson, M. (2017). Mind, brain and body. Healing trauma: the way forward. *Journal of Analytical Psychology*, 62(4), 526–543. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12335>
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CNS 466/12)
Título da pesquisa: Autoagressividade leve em crianças - uma análise desenvolvimentista junguiana

Responsáveis pela pesquisa:

Pesquisadora: Fabiana Haddad Kurbhi

Orientadora: Prof. Dra. Helena Rinaldi

Rosa

Número do CAAE: 26531119.2.0000.5561

Parecer nº 3.906.796

A criança sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar como **voluntária** de um estudo.

Este documento, chamado **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, visa assegurar os direitos e deveres da criança como participante e será feito em duas vias: uma que ficará com você e outra que ficará com o pesquisador. Por favor, leia-o com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser que a criança participe ou se quiser retirar sua autorização, isso pode ser feito a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Você pode levar este documento para casa e consultar outras pessoas antes de decidir assinar as duas vias dele.

Justificativa e objetivos:

Existem comportamentos autoagressivos leves (como roer unhas e arrancar casquinhas de ferimentos), que são comuns entre as crianças e que preocupam pais, profissionais da saúde e da educação.

Este estudo tem como objetivo entender quais são as formas de autoagressão leve que a criança pratica e se há relação destes comportamentos com a forma como ela se relaciona com os seus responsáveis.

Procedimentos:

Participando do estudo a criança será convidada responder algumas perguntas sobre autoagressões leves e sobre a sua relação com os seus responsáveis. O procedimento será feito em um único encontro virtual e demorará em média 40 minutos.

Desconfortos e riscos:

A criança pode escolher não participar deste estudo se não quiser e pode desistir a qualquer momento da pesquisa se ficar desconfortável.

O impacto emocional deste procedimento é pequeno.

Os riscos possíveis são a criança sentir-se incomodada:

- ao responder o questionário sobre autoagressões leves;
- ao preencher a escala sobre a sua relação com os seus responsáveis;
- ao imaginar que pode haver alguma relação entre o questionário e a escala (o que é pouco provável pela forma como o procedimento foi elaborado).

Acompanhamento e assistência diante dos riscos:

A pesquisadora procurará combinar com os responsáveis o melhor momento para que o procedimento não prejudique a rotina da criança.

Para minimizar possíveis desconfortos emocionais para a criança o procedimento será explicado e acompanhado pela psicóloga.

Caso a criança se sinta desconfortável ao longo do procedimento, a sua participação na pesquisa será **imediatamente encerrada** e a pesquisadora se fará um acolhimento emocional pontual para reconfortá-la e cominará o problema aos responsáveis. Além disso, se necessário, serão feitos os devidos encaminhamentos às questões apresentadas.

Se forem identificados casos de relações prejudiciais entre a criança e os seus responsáveis, a família receberá as devidas orientações e/ou encaminhamentos para serviços de apoio.

Benefícios:

Como benefício indireto esta pesquisa pode ajudar pesquisadores, pais, profissionais de saúde e da educação a entender a autoagressividade leve em crianças.

Como benefício direto os responsáveis pela criança poderão ser orientados e encaminhados para serviços de apoio caso seja identificado algum tipo de relação prejudicial entre a criança e os responsáveis.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que a identidade da criança será mantida em **sigilo** e **nenhuma** informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo **não serão citados nomes**.

Ressarcimento:

A participação nesta pesquisa é **voluntária** e **não haverá nenhum** tipo de pagamento para a participação da criança.

Eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas e eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa serão indenizados.

Contato:

Em caso de **dúvidas** sobre o estudo, você ou a criança poderão entrar em contato a qualquer momento com a pesquisadora:

Fabiana Haddad Kurbhi / fhkurbhi@usp.br / (11) 3091-4355 (USP)
Av. Prof. Mello de Moraes, 1721, bloco B, sala 151, Cidade Universitária /
CEP: 05508-030 / São Paulo - SP.

Em caso de **denúncias** ou **reclamações** sobre a participação da criança no estudo, você pode entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH – IP USP) /
ceph.ip@usp.br / (11) 3091-4182
Av. Prof. Mello Moraes, 1721, bloco G, sala 27, Cidade Universitária / CEP:
05508-030 / São Paulo - SP.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Fabiana Haddad Kurbhi

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que esta possa acarretar, **aceito** que a criança sob minha responsabilidade participe dela:

Nome da criança: _____

Nome do responsável legal: _____

CPF do responsável: _____

Assinale o tipo de vínculo com a criança:

() pai, () mãe, () tutor, () curador, () outro (dizer qual) _____

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

(Assinatura do responsável)

ANEXO B

ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/12)

Pesquisa: Autoagressividade leve em crianças - uma análise desenvolvimentista junguiana
Pesquisadora: Fabiana Haddad Kurbhi

O entrevistador vai ler:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa.

Seus responsáveis já autorizaram a sua participação.

Nesta pesquisa você vai responder algumas perguntas. Isso vai me ajudar a conhecer o comportamento de crianças da sua idade.

Você não precisa participar se não quiser e pode desistir de participar depois de ter aceito. Ninguém ficará bravo e não haverá nenhum problema se isso acontecer.

Se você tiver algum problema durante as atividades me avise. Eu poderei te ajudar se você precisar.

Você entendeu que pode dizer SIM, e participar das atividades, ou dizer NÃO, e não participar delas? Entendeu também que, se quiser, pode desistir de participar e **ninguém** vai ficar bravo por isso?

Ao certificar-se de que a criança entendeu o conteúdo deste temo o entrevistador solicitará:

Agora responda:

Você aceita participar das atividades?

ANEXO C

Nome: _____ Idade: _____

Perguntas à criança:

Você rói unha?	SIM	NÃO
----------------	-----	-----

Você arranca pelinha dos dedos ou da boca?	SIM	NÃO
--	-----	-----

Você arranca casquinha dos machucados?	SIM	NÃO
--	-----	-----

Você se arranha até sangrar?	SIM	NÃO
------------------------------	-----	-----

ANEXO D

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Fabiana Haddad Kurbhi, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada Autoagressividade leve em crianças - uma análise desenvolvimentista junguiana, assumo os compromissos de:

- Cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde;
- Garantir o respeito à dignidade humana ao longo da minha pesquisa;
- Zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações obtidas com esta pesquisa;
- Que os benefícios resultantes desta pesquisa retornarão aos seus participantes;
- Que os resultados obtidos serão anexados na Plataforma Brasil e serão tornados públicos por meio de participação em eventos científicos e por publicações em revistas científicas;
- Que esta pesquisa terá início somente após a sua aprovação pelo CEPH-IPUSP.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Fabiana H. Kurbhi