

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Aline Ferreira Gonçalves

Autolesão na adolescência e as redes sociais virtuais

Rio de Janeiro

2020

Aline Ferreira Gonçalves

Autolesão na adolescência e as redes sociais virtuais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientador(a): Joviana Quintes Avanci

Coorientador(a): Fernanda Serpeloni

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Self-injury in adolescence and virtual social networks

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G635a Gonçalves, Aline Ferreira.
 Autolesão na adolescência e as redes sociais virtuais / Aline
 Ferreira Gonçalves. -- 2020.
 121 f. : il. ; tab.

 Orientadora: Joviana Quintes Avanci.
 Coorientadora: Fernanda Serpeloni.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Na-
 cional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

 1. Adolescente. 2. Comportamento Autodestrutivo.
 3. Automutilação. 4. Suicídio. 5. Comportamento. 6. Tentativa de
 Suicídio. 7. Redes Sociais Online. 8. Internet. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.28

Aline Ferreira Gonçalves

Autolesão na adolescência e as redes sociais virtuais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Joviana Quintes Avanci

Coorientadora: Fernanda Serpeloni

Aprovada em: 19 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora

Dra. Cecy Dunshee de Abranches
Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Tiago Coutinho
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Dra. Fernanda Serpeloni (Co orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dra. Joviana Quintes Avanci Pina (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, sou grata a Deus. Pelo cuidado dispensado a mim, por ser meu guia, abrigo e fonte de paz.

Agradeço a minha mãe Tereza e meu pai Severino que sempre batalharam muito para proporcionar o melhor a mim e a minha irmã. Obrigada por acolherem cada projeto meu, como se fosse de vocês, e pelo incentivo.

À minha irmã Cristiane, quem me acompanha a vida toda, aconselha e celebra cada conquista junto comigo. E também a minha sobrinha, Manu, quem alegra a minha rotina e já entende quando não posso brincar com ela, pois tenho de “estudar”.

Obrigada ao Mateus, meu par e companheiro nos momentos de alegria e de desespero. Quem me encoraja, compreende minhas ausências e em meio aos momentos de tensão, traz sossego e afago.

Às minhas amigas Fernanda e Laudy que há quase duas décadas alegram minha jornada e acolhem as minhas angústias. A Irmandade, Amanda, Mônica e Beatriz, gratidão pelo carinho de vocês e por nunca desistirem de mim, apesar das ausências.

Às minhas orientadoras, Joviana e Fernanda. Obrigada pela paciência e confiança depositada em mim. Vocês são incríveis! Gratidão por toda equipe que integra o CLAVES. Sinto-me abraçada, acolhida e inspirada por cada pessoa desse departamento.

RESUMO

A autolesão compreende um ato deliberado e intencional de lesionar o tecido corporal de seu próprio corpo, que se expressa de diversas maneiras, para além do *cutting* (os cortes), o mais conhecido. É um tema complexo do ponto de vista semântico e teórico-conceitual, que tem cada vez mais chamado a atenção, não só pela gravidade e quantidade de casos que tem chegado a serviços de saúde, mas pela proliferação do tema em páginas da internet. O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos e significados atribuídos por adolescentes à autolesão e sua exposição e interação nas redes sociais virtuais. Baseia-se em um estudo qualitativo, a partir da análise de 17 entrevistas realizadas com adolescentes e responsáveis de Porto Alegre (RS) e Dourados (MS), que explicitamente mencionaram a prática da autolesão e o acesso a conteúdo sobre cortes e tentativa de suicídio nas redes sociais virtuais. A análise de conteúdo de Laurence Bardin foi a técnica utilizada. A maior parte dos casos analisados eram meninas com idades entre 12 e 17 anos. Metade dos adolescentes se feriu pela primeira vez aos 12 anos, com relatos também de início em idades mais tenras. O ato de se cortar foi o mais recorrente. Ansiedade, tristeza e raiva precediam o ato de se ferir, e o alívio era a sensação alcançada. Seis adolescentes relataram a autolesão concomitante ao comportamento suicida. O isolamento social, a perda de amizades e a ausência de uma rede de apoio foram recorrentes, além de relações conflituosas no núcleo central familiar e a perda de vínculos (especialmente no ambiente escolar) devido a experiência de *bullying* e *cyberbullying* cometido por colegas de turma. O acesso e o compartilhamento de conteúdos e as interações em grupo on-line sobre autolesão e comportamento suicida desempenhou uma dupla função aos adolescentes entrevistados: tanto possibilitou a construção de vínculos, o compartilhamento de experiências e a oferta de apoio quanto serviu de modelo e normalizou comportamentos autolesivos.

Palavras-chave: adolescente, autolesão, automutilação, comportamento suicida, suicídio, tentativa de suicídio, redes sociais virtuais, internet.

ABSTRACT

Self-injury comprises a deliberate and intentional act of damaging the body tissue of your own body, which expresses in various ways other than cutting, the best known. It is a complex subject from a semantic and theoretical-conceptual point of view, which has increasingly attracted attention, not only because of the severity and number of cases that have reached health services, but also because of the proliferation of the theme on websites. The aim of this research is to understand the meanings attributed by adolescents to self-injury and its exposure and interaction in virtual social networks. It is based on a qualitative study, based on the analysis of seventeen interviews conducted with adolescents and guardians from Porto Alegre (RS) and Dourados (MS), who explicitly mentioned the practice of self-injury and access to content about cutting and suicide attempts in virtual social networks. Laurence Bardin Content Analysis was the technique used. Most of the cases analyzed were girls aged 12 to 17 years. Half of the teenagers were injured for the first time at age 12, with reports also of younger age. The act of cutting was the most recurring. Anxiety, sadness, and anger preceded the act of injury, and relief was the sensation achieved. Six adolescents reported concomitant self-injury with suicidal behavior. Social isolation, loss of friendships, and the absence of a support network were recurrent, as well as conflicting relationships in the family context and the loss of ties (especially in the school environment) due to the experience of bullying and cyberbullying committed by classmates. Accessing and sharing content and on-line group interactions about self-injury and suicidal behavior played a dual role for the interviewed adolescents: it made it possible to build bonds, share experiences, and provide support, as well as to model and normalize self-injurious behaviors.

Keywords: adolescent, self-injury, self-mutilation, suicidal behavior, suicide, suicide attempt, social networking, internet.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
CLAVES	Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CVV	Centro de Valorização da Vida
DATAsus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOU	Dourados
DSH	Deliberate Self-Harm (Autolesão Deliberada)
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Mato Grosso do Sul
MVCI	Mortes Violentas por Causas Indeterminadas
NSSI	Non-Suicidal Self-Injury (Autolesão não suicida)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
POA	Porto Alegre
RS	Rio Grande do Sul
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVOS.....	11
3	QUADRO TEÓRICO.....	12
3.1	A autolesão: breve história, reflexões teóricas e fatores de risco.....	12
3.1.1	As inscrições corporais: um pouco de história e seus significados.....	12
3.1.2	Terminologias e conceituações do comportamento de autolesão.....	13
3.1.3	Abordagens teóricas e fatores de risco do comportamento autolesivo.....	18
3.2	A internet, as redes sociais virtuais e o comportamento de autolesão.....	22
3.2.1	A internet: acesso à informação e interação social.....	22
3.2.2	Mídias e redes sociais: conceitos.....	26
3.2.3	Comunidades virtuais sobre autolesão.....	28
4	MÉTODO.....	33
4.1	Contexto do estudo: a pesquisa original.....	33
4.2	Percurso metodológico.....	34
4.2.1	Capítulo 1: A autolesão sob a perspectiva de adolescentes que se ferem e de seus familiares.....	36
4.2.2	Capítulo 2: Violência autoinfligida e redes sociais virtuais.....	38
4.3	Considerações éticas.....	40
5	RESULTADOS.....	41
5.1	Capítulo 1: A autolesão sob a perspectiva de adolescentes que se ferem e de seus familiares.....	41
5.2	Capítulo 2: Violência autoinfligida e redes sociais virtuais.....	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXOS.....	103

1. INTRODUÇÃO

O comportamento autolesivo não é um fenômeno recente, todavia, tem ganhado cada vez mais destaque nas mídias sociais, especialmente nas virtuais, as quais têm sido o importante veículo de comunicação, dando visibilidade ao tema, principalmente, entre os adolescentes (OLIVEIRA, 2016). As redes sociais virtuais, enquanto espaços de conexão e interação, propiciam não apenas o estabelecimento de vínculos, mas a rápida propagação de informações que, a depender de seu conteúdo e de como a pessoa que está do outro lado da tela significa o que recebe, podem surtir efeitos diversos e ainda pouco conhecidos.

Apesar dos debates conceituais que circundam o conceito do comportamento autolesivo, discutidos ao longo do texto, a proposta aqui parte do entendimento da autolesão como um ato deliberado e intencional de lesionar o tecido corporal de seu próprio corpo de diversas maneiras, para além do *cutting* (os cortes), que é o mais conhecido (ARCOVERDE, 2013; GUERREIRO; SAMPAIO, 2013; OTTO; SANTOS, 2016).

O projeto se baseia em uma pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Estudos sobre Saúde e Violência Jorge Careli (CLAVES), vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, a saber: “*Violência autoprovocada na infância e na adolescência*”, realizada entre os anos de 2014 a 2018, sob a coordenação da Dra. Joviana Avanci, que investigou sobre o comportamento suicida entre crianças e adolescentes no país e contou com o apoio do CNPq.

A autolesão não é uma prática restrita aos tempos da contemporaneidade e, ao longo dos tempos, vem assumindo distintas conotações. Sempre existiu na história da humanidade (ALMEIDA, 2010), a exemplo do que acontecia (e ainda acontece) em alguns contextos e comunidades, quando homens e mulheres decoravam suas peles e alteravam seus corpos (LANG; BARBOSA; CASELLI, 2009). Contudo, por ser uma prática que assume repetidamente sofrimento e busca pelo alívio da dor, o ato de marcar ou cortar a própria pele é considerado um comportamento que merece atenção e cuidado (ALMEIDA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina este comportamento como autoagressão e está inserido no espectro da lesão autoprovocada, ou seja, como uma violência autoinfligida. A violência autoinfligida inclui atos como a autolesão, desde as

mais leves (arranhaduras, cortes e mordidas) até as mais severas (amputação de membros) (OMS, 2009; WHO, 2014), e não está necessariamente relacionado ao comportamento suicida, o que ainda é alvo de muito debate.

Na literatura não há consenso quanto aos termos a serem utilizados para descrever o comportamento que envolve a lesão do tecido corporal de maneira direta e deliberada (FAVAZZA; ROSENTHAL, 1993; ASSUMPÇÃO, 2016). No contexto brasileiro, é comum a mídia veicular informações tratando do fenômeno cunhando principalmente o termo “automutilação”. No campo acadêmico, além do uso do termo “automutilação” (DINAMARCO, 2011; GIUSTI, 2013; GARRETO, 2015; ASSUMPÇÃO, 2016; GONÇALVES, 2016); há estudos que utilizam o termo “autolesão” (ARCOVERDE, 2013; OTTO; SANTOS, 2016); “autolesão deliberada”; “autolesão não suicida”; “autolesão” e “autoabuso” como sinônimo de “automutilação” (CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2013).

Todavia, o proponente projeto de pesquisa privilegiou a utilização do termo “**autolesão**”, pois, como bem aponta Arcoverde (2013), é o que mais se aproxima dos termos “self-harm” ou “self-injury”, os quais são os mais utilizados na literatura especializada e que não filiam-se a uma perspectiva teórica restrita, mas englobam diferentes vertentes de discussão do tema, inclusive no que se refere à intencionalidade (ou não) suicida que pode haver na prática da autolesão.

É um tema complexo do ponto de vista semântico e teórico-conceitual, que tem cada vez mais chamado a atenção, não só pela gravidade e quantidade de casos que tem chegado aos serviços de saúde, assistência social e escolas, mas pela proliferação de páginas que expõem a questão nas redes sociais virtuais (OTTO; SANTOS, 2016). Segundo o relatório da empresa inglesa de marketing digital *We are social e Hootsuite* (EUA) sobre o consumo de internet e redes sociais no mundo publicado em 30 de Janeiro de 2019, o Brasil configura como o segundo país que mais utiliza a internet no ranking mundial (9h29m por dia) e o *Youtube*, *Facebook* e o *WhatsApp* são as principais plataformas utilizadas pelos brasileiros (WE ARE SOCIAL, 2019).

Adler e Adler (2011) apontam que as comunidades virtuais oferecem múltiplos recursos a seus membros, seja em termos de valorização pessoal seja de capital social, reforçando, assim, suas redes sociais. Estabelecem também normas sociais que guiam as

interações neste contexto e sanções para que tais normas sejam devidamente respeitadas. Os autores evidenciam também que os estilos de publicação costumam ser os mesmos e que desempenham determinadas funções, além de permitir que seus membros fortaleçam suas identidades.

Todavia algumas pesquisas apontam para o risco subjacente ao uso das redes sociais virtuais. Assumpção (2016) questiona se tais espaços não proporcionariam a imitação, a manipulação de identidade e a prática da fantasia. Ainda faz um alerta que, pelo fato da conectividade no ambiente virtual ocorrer em tempo real - podendo saber exatamente a maneira, o lugar e a hora em que um sujeito utiliza a lâmina - a autolesão pode se tornar epidêmica.

No contexto brasileiro, dados e estudos relativos à nossa realidade ainda são insuficientes para compreender o quanto esta problemática afeta a população, seja ela infanto-juvenil, adulta ou idosa. Vale ressaltar que, diante da veiculação do “Jogo Baleia Azul” em 2017, a autolesão despertou comoção social, abrindo espaço para discussões e propostas para pensar a seu respeito. Fruto desta comoção, neste mesmo ano, foi lançada pelo Ministério da Saúde a partir da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes a cartilha “*Vamos conversar sobre a automutilação?*”(SALLES; NETO; COSTA, 2017). A cartilha aborda a “autolesão não suicida” de maneira simples e objetiva (por meio de um jogo de perguntas e respostas), afim de ser referência para pais, familiares, professores e diretores.

Ainda em 2017, foi promulgado o Projeto de Lei do Senado (Nº 8.833 de 2017) que inclui no Estatuto da Criança e do Adolescente a ementa que tipifica como crime atos que induzem crianças e adolescentes a se mutilarem, abarcando qualquer espaço onde isso possa ocorrer, inclusive o das redes sociais virtuais e outros meios da internet (BRASIL, 2017).

Tanto a cartilha quanto os projetos de lei já mencionados são em parte fruto deste movimento e comoção que teve início na internet, demonstrando que é um campo fértil de interações e passível de análise; campo onde atores se interconectam em torno de um tema em comum, a partir do compartilhamento de mesmos interesses e/ou vivências que podem estar relacionados a práticas e pactuações que podem colocar suas vidas em risco. Partindo desta premissa, o referido projeto tem por **objeto de estudo** os comportamentos autolesivos e as redes sociais.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo geral

Compreender os significados atribuídos por jovens à autolesão e à sua exposição e interação nas redes sociais virtuais.

2.2.Objetivos específicos:

- Analisar as motivações, o contexto familiar, social e pessoal, e o ato em si de adolescentes que lesionaram seus corpos, segundo os familiares e os próprios adolescentes;
- Analisar a comunicação on-line sobre autolesão em adolescentes, a partir da interação em grupos on-line, do compartilhamento de conteúdos, do acesso a sites e visualização de mídias audiovisuais.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1. A Autolesão: breve história, reflexões teóricas e fatores de risco

3.1.1. As inscrições corporais: um pouco de história e seus significados

O ato de marcar o tecido corporal não é característico da contemporaneidade. Relatos sobre este tipo de comportamento remontam ao século 50 A.C. em contextos ritualísticos (ADLER; ADLER, 2011), passível de ser identificado em diversas culturas e práticas religiosas ao longo do tempo (ALMEIDA, 2010). Ferreira (2004) declara que o ato de marcar o corpo era sobretudo associado a subculturas pagãs, evidenciando principalmente um conteúdo místico. Todavia, o autor aponta que devido a tradição judaico-cristã, esta permaneceu condenada até o século XVIII, pois era uma forma de distinguir o povo pagão e os cristãos; porém, quando praticada no contexto judaico-cristão, significava virtude, obediência e devoção.

Ferreira (2004) ainda declara que no decorrer dos séculos os significados atribuídos às marcas corporais, mais especificamente a tatuagem e o brinco, foram se modificando. Aborda que no final do século XVIII, a lógica branca e burguesa da sociedade permitiu que as marcas corporais fossem socialmente construídas como estigma, e vistas como típicas das sociedades selvagens, primitivas e colonizadas. Na virada do século XX, o autor cita que, o que era tomado como algo exótico, é institucionalizado através do discurso médico-jurídico e passa a ser um traço de uma patologia criminal em tratados elaborados por criminologistas. Já na última década do século XX, as marcas corporais se tornam um recurso expressivo, que marcam corporalmente singularidades identitárias, todavia, não deixam de assinalar, classificar e excluir socialmente seus participantes (FERREIRA, 2004).

De acordo com Le Breton (2012), o corpo é o âmago da relação estabelecida entre o homem e o mundo, é o instrumento pelo qual ele se apodera do mesmo, humaniza-o e o torna familiar. O autor destaca uma série de inscrições corporais, as quais, além de serem modelagens simbólicas frequentes nas sociedades humanas, também são formas de controle rigoroso exercida pelo coletivo e com funções que variam de uma sociedade para outra.

Neste contexto, por diversas razões, homens e mulheres decoram suas peles e alteram seus corpos, podendo ter como finalidade se sentirem melhor, mais bonito ou atraente

sexualmente, obterem o perdão ou aprovação de divindades, adquirirem status social ou participação tribal, testarem resistência e suportarem a dor, intimidarem inimigos, se livrarem do mal, de alguma doença ou se punirem (LANG; BARBOSA; CASELLI, 2009).

Embora a simbólica corporal esteja relacionada ao mundo de certo grupo, Le Breton (2009) afirma que determinadas filiações (sociais, culturais ou regionais, de gerações e outras) permitem haver certas nuances. O autor sugere que, para além de habitar seu corpo em consonância com o que é prescrito social e culturalmente, o indivíduo remaneja tais orientações segundo seu temperamento e história pessoal.

De maneira lúdica, existem marcas corporais que o sujeito busca seu lugar no mundo e são escolhidas por sua originalidade e beleza (LE BRETON, 2012). No mundo ocidental as mais recorrentes são a tatuagem e o *bodypiercing* (FERREIRA, 2004). Contudo, com um viés de autodano, há diversas outras expressões das marcas no corpo, entre as quais estão: o corte, a incisão, a queimadura, *cutting* (escarificação/autolesão), *branding* (figuras com objetos em brasa), *stretching* (dilatação), colocação de implantes subcutâneos, cisão da língua e a amputação de membros (FERREIRA, 2004). Destaca-se também como formas de marcação corporal o coçar a pele excessivamente, se queimar, se bater, se beliscar, se arranhar, se morder, puxar a pele e os cabelos (OTTO; SANTOS, 2016). São práticas que não estão restritas apenas a questão estética, estando relacionadas também a fatores de ordem emocional, patológica, social e cultural. Dentre tantas terminologias, são definidas pelo termo “autolesão” que traz em si uma série de divergências a nível semântico e conceitual, bem como pode ser abarcada teoricamente de distintas formas, de maneira a se complementar e evidenciar a complexidade do fenômeno.

3.1.2 Terminologias e conceituações do comportamento de autolesão

Partindo do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (KRUG et al., 2002), a **terminologia** “violência autoinfligida” é adotada para definir a violência que a pessoa direciona contra si mesmo, sendo subdividida em: (1) comportamento suicida, que abarca o pensamento suicida, a tentativa de suicídio (também abordado em alguns países como “parasuicídio” ou “autolesão deliberada”) e o suicídio consumado; e (2) autoagressão, que engloba a automutilação.

Neste Relatório, a automutilação é o termo utilizado para a caracterização do ato que possibilita a “destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente” (KRUG et al., 2002, p. 183). Favazza e Rosenthal (1993) a distingue em três categorias: automutilação grave (que inclui a amputação de membros do corpo); automutilação estereotipada (se bater, se morder, cortar os olhos ou a garganta ou arrancar o cabelo) e automutilação superficial a moderada (cortar, arranhar, queimar ou enfiar agulhas na pele ou arrancar os cabelos compulsivamente).

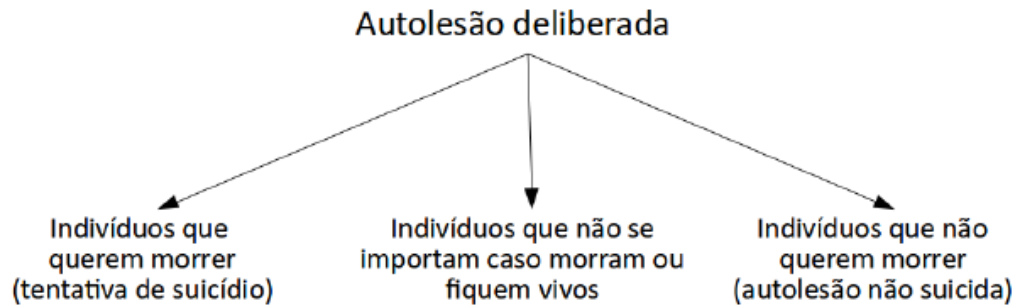
Almeida (2010) faz uso do termo autoagressão para caracterizar atos tidos como agressivos em que o sujeito orienta contra seu próprio corpo, englobando a autolesão, a automutilação, o suicídio e a tentativa de suicídio. Todavia, a autora coloca que é comum confundir o termo “autolesão” com o de “automutilação”. Para ela, a autolesão envolveria a destruição moderada do tecido corporal sem intenção suicida consciente; enquanto que a automutilação envolveria a amputação de membros, nucleação ocular e castração, colocando risco a vida e destruição do corpo de maneira irreversível. Adler e Adler (2011), ao discorrerem sobre as terminologias, apontam também que o termo “*self-mutilation*” é comumente utilizado em tratamentos médicos e psicológicos, bem como a mutilação remete a ideia de algo errado e de auto desfiguração.

Além de “autolesão” e “automutilação”, é possível verificar o emprego de uma série de termos como sinônimo destes, tais como: autoagressão; autolesão intencional; fingimento/simulação (*malingering*); ferimento simbólico; masoquismo; síndrome de *Munchausen*; autolesão deliberada; autodestruição local; autocorte delicado (*delicate self-cutting*); comportamento autolesivo; agressão contra o *self*; parassuicídio; tentativa de suicídio; e suicídio focal (FAVAZZA; ROSENTHAL, 1993).

Muehlenkamp et al. (2012) e Simioni (2017) ao discorrerem a respeito das terminologias mais utilizadas para se referirem ao comportamento autolesivo, fazem as seguintes diferenciações:

- Autolesão deliberada (*Deliberate Self-Harm- DSH*): tem destaque no Reino Unido e faz referência a autolesão e ao autoenvenenamento (overdose) intencionais, evitando a intencionalidade suicida e sendo assim esquematizado (SIMIONI, 2017, p. 19):

Figura 1 – conceituação do termo “autolesão deliberada” (Deliberate Self-Harm)



Fonte: Simioni, 2017.

- Autolesão não suicida (*Non-Suicidal Self-Injury/NSSI*): mais utilizado na América do Norte, porém descarta-se overdoses, métodos de alta letalidade e comportamentos autolesivos característicos de atraso neurodesenvolvimental.

Simioni (2017) cita também o termo parassuicídio (*parasuicide*), cunhado pela OMS, o qual caracteriza atos não fatais que tem a intenção de gerar alguma alteração no ambiente, envolvendo danos, caso outra pessoa não interfira, e/ou ingestão excessiva de uma dada substância que foi prescrita. Todavia, a OMS tem substituído este termo em suas investigações pelo comportamento suicidário (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

A 5ª edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014) propõe a “autolesão não suicida” como um comportamento com critérios próprios e que não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica. Todavia, não foi incluído como critério diagnóstico oficial de transtorno mental da seção II “Critérios Diagnósticos e Códigos” da referida edição, por não haver evidências empíricas suficientes (ZETTERQVIST, 2015). A autolesão não suicida consta no DSM-V na seção III no capítulo “Condições para Estudos Posteriores” (APA, 2014, p. 803). No manual a diferença entre o comportamento suicida e a autolesão não suicida é baseada no objetivo declarado do comportamento como sendo um desejo de morrer (comportamento suicida), ou, experimentar alívio (autolesão não suicida). Importante notar que determinar a existência da intencionalidade constitui um desafio para os profissionais da saúde uma vez que o próprio indivíduo pode não reconhecer a intenção.

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde edição nº 11 (CID 11)¹, a autolesão não suicida (NSSI – MB23.E) insere-se na categoria “sintomas ou sinais envolvendo aparência ou comportamento” (MB23) e é conceituada como “danos intencionais autoinfligidos ao corpo, mais comumente com o corte, raspagem, queimação, morder ou bater, com a expectativa de que a lesão leve apenas a pequenos danos físicos” (OMS,2018).

Independente da nomenclatura, todas abordam os seguintes aspectos **conceituais**: (a) método (a forma que o sujeito se lesiona); (b) resultado (que pode ser a morte, a sobrevivência com ou sem lesões); (c) letalidade (o perigo de morte associado ao método utilizado, podendo ser tomado como alta ou baixa letalidade); e (d) intencionalidade (determinação que direciona a ação para atingir a determinado fim, neste caso, o suicídio) (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

O tópico da **intencionalidade** tem muitas divergências nas conceituações e perpassa a definição do comportamento autolesivo. Guerreiro e Sampaio (2013) afirmam que a autolesão diz respeito à prática deliberada de um comportamento com resultado não fatal, sendo eles: lesionar o próprio corpo; ingerir uma substância em dose excessiva, droga ilícita ou recreativa de forma que seja visto como autoagressão; ou ingerir uma substância ou objeto inapropriado. Os autores atentam para o fato desta definição não abordar o conceito de intencionalidade suicida, mas a intenção de lesionar o próprio corpo, incluindo tanto as tentativas de suicídio quanto o comportamento autolesivo sem intenção suicida.

Favazza e Rosenthal (1993) colocam que tal prática é caracterizada por comportamentos que prejudicam o tecido corporal diretamente e não envolvem suicídio, portanto, os termos que o sugerem devem ser evitados. Aderindo a esta perspectiva, Le Breton (2010) afirma que tais lesões não dizem respeito ao desejo de se destruir ou morrer, mas são tentativas de viver, ou melhor, uma tentativa de restaurar o sentido da sua existência.

Entretanto, não existe um consenso em relação à intencionalidade suicida. De acordo com Guerreiro e Sampaio (2013), ao considerar que a intenção tende a ter como base o autorrelato, este pode ser impreciso devido ao enviesamento da memória ou da

¹ Edição lançada em 18 de junho de 2018 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com apresentação oficial em maio de 2019 durante a Assembléia Mundial da Saúde, e entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022.

ambivalência a respeito da morte. A sugestão dada pelos autores é que a intencionalidade possa ser inferida a partir da rapidez do método, reversibilidade e possibilidade de intervenção.

Guertin et al. (2001) difere a “automutilação” (termo utilizado para se referir alteração do tecido corporal sem ideação suicida consciente) da tentativa de suicídio por meio da **letalidade**, da **repetição** e da **intenção suicida**. Segundo os autores, o comportamento “automutilador” tende a ser de **baixa letalidade**, envolvendo danos físicos de leves a moderados, tais como se cortar, se queimar e se bater. Entretanto, há estudos que destacam a avaliação incorreta da letalidade do método por quem se engaja em tal prática (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Neste sentido, um estudo realizado por Stanley et al. (2001), com o objetivo de compreender as diferenças nas tentativas de suicídio de pacientes com e sem histórico de autolesão, constatou que a percepção da letalidade entre aqueles que relataram histórico de autolesão tende a não ser compatível com a gravidade de seu ato, pois eles acreditavam que seu comportamento não resultaria em morte, mas que seriam resgatados e atendidos. Assim, havia uma concepção muito mais fantasiosa do ato. A letalidade envolvida no comportamento do grupo com histórico de autolesão foi algo que chamou a atenção destes autores, pois eles esperavam descobrir tentativas menos letais, já que há a concepção de que autolesão abarca tentativas frequentes, manipuladoras e de busca de atenção (STANLEY et al., 2001).

No que diz respeito à **repetição**, característica da prática do comportamento “automutilador”, Guertin et al. (2001) ainda afirmam que tal prática envolveria múltiplos episódios, podendo variar entre dois a mais de 100. Quanto à **intenção suicida**, apesar da autolesão ser compreendida como um comportamento distinto, tais práticas podem coexistir. Em estudo realizado pelos referidos autores com 95 adolescentes internados em um hospital de emergência após uma tentativa de suicídio, 52 reportaram o histórico de “automutilação” no ano anterior. Guertin et al. (2001) concluem que a “automutilação” coexistia com comportamento suicida para uma parcela dos adolescentes que participaram do estudo.

3.1.3 Abordagens teóricas e fatores de risco do comportamento autolesivo

Diferentes posicionamentos são tomados em relação ao comportamento autolesivo, variando segundo a perspectiva teórica utilizada. A maior parte dos estudos tem como base a antropologia, sociologia, psicanálise, psicologia e medicina (ASSUMPTÃO, 2016). Arcoverde (2013) afirma que os campos da psiquiatria, psicanálise e psicologia distinguem as práticas de autolesão características de um contexto cultural ou ritual religioso das que são atribuídas a patologias ou disfunções.

É relativamente consensual que o comportamento de autolesão é uma forma de lidar com emoções negativas avassaladoras, tais como a raiva, ansiedade, aumento da tensão, sensação de perda de controle, rejeição, vazio ou tristeza (GIUSTI, 2013; TALIAFERRO et al., 2012). Sendo assim, seria uma maneira de expressar o sofrimento e comunicar o que o sujeito sente diante da vivência da dor existencial, sendo um subterfúgio a ela e gerando um sentimento de alívio (OLIVEIRA, 2016).

Sob uma **perspectiva nosológica**, o DSM-V (APA, 2014) coloca que a “autolesão não suicida” tem o objetivo de reduzir emoções negativas (tensão, ansiedade, autocensura) e/ou resolver uma dificuldade interpessoal. Em certos casos é vista como uma autopunição merecida ou como um comportamento aditivo, pois quando ocorre de forma frequente pode ser associada a um senso de urgência e fissura, ou seja, o padrão comportamental que lembra ao da adição. Dentre os critérios destacados pelo DSM-V, encontram-se os seguintes:

- (A) relatar cinco dias ou mais de autodano contra a superfície do próprio corpo no último ano com a intenção de gerar dano físico menor ou moderado, sem intenção suicida;
- (B) expectativa de obter alívio a um estado de sentimento ou de cognição negativos; resolver dificuldade interpessoal; induzir estado de sentimento positivo;
- (C) associada a pelo menos um dos seguintes: 1. dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos (ansiedade, depressão, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica); 2. preocupação incontrolável em relação ao comportamento, antes do engajamento; 3. mesmo sem ser praticada, pensa na autolesão;

(D) não é socialmente aprovado;

(E) causa sofrimento clínico significativo ou interfere em áreas importantes;

(F) não ocorre durante episódios psicóticos, delírio, intoxicação por substâncias ou abstinência, transtorno neurodesenvolvimental e estereotípias repetitivas.

Muehlenkamp et al. (2012) destacam que o Manual se baseia em dados coletados nos Estados Unidos e Canadá, influenciando assim o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico em todo o mundo. Ainda destacam que pelo fato dos estudos terem utilizado apenas a avaliação de “autolesão não suicida” (*NSSI*) pode haver um viés cultural no diagnóstico e não ter relevância em países que aderem a definição de “autolesão deliberada” (*DSH*).

Baseando-se em uma **vertente psicanalítica**, Dinamarco (2011) aborda a "automutilação" como um sintoma, o qual resultaria do recalque de uma pulsão intolerável à moral do eu ou que arriscaria o equilíbrio da vida psíquica diante da falha deste recalque, emergindo o sintoma modificado e irreconhecível, mas que proporcionaria uma falsa estabilidade e segurança ao eu. A autora ainda afirma que seria o aparelho psíquico construindo defesas instituais (pulsão de morte ou pulsão de vida) diante de algo que produziu uma tensão que suscitou a possibilidade da angústia, se tornando, assim, uma maneira de desviar a atenção do ego da dor psíquica para o corte e para a dor física.

A autolesão também pode ser associada à ideia do **condicionamento operante**. Segundo Saraff, Trujillo e Pepper (2015), a manutenção do comportamento autolesivo está condicionada a associação feita entre comportamento e consequência, ou seja, está sujeito ao reforço recebido e inclui tanto características do ambiente quanto afetividade pessoal. Os autores destacam a atenção recebida, a possibilidade de sentir emoções positivas e o senso de controle sobre ambiente como reforços positivos para a sua manutenção; enquanto que a redução da angústia é uma forma de reforço negativo.

Esta correlação é descrita, a princípio, por Nock e Prinstein (2004) com o objetivo de compreender o desenvolvimento e a manutenção do comportamento autolesivo através da análise de seus antecedentes e suas consequências. Os autores propõem quatro funções primárias que são divididas em duas dimensões dicotômicas que explicitam as motivações envolvidas no “comportamento automutilador”, sendo elas: 1) **função de reforço automático** (ou função intrapessoal): que abarca o *reforço automático-negativo* (se fere

com o objetivo de reduzir a tensão ou outro estado afetivo negativo) e o *reforço automático-positivo* (visa criar um estado psicológico desejável); 2) **função de reforço social** (ou função interpessoal): que diz respeito ao *reforço social-positivo* (envolve chamar a atenção de alguém ou obter acesso a um bem material) e o *reforço social-negativo* (visa escapar de demandas sociais). Baseando-se no referido modelo, pesquisadores têm desenvolvido novos estudos e identificando diferentes fatores motivacionais (KLONSKY; GLENN, 2009; WHITLOCK; EXNER-CORTENS; PURINGTON, 2014); bem como têm destacado que um mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma motivação ao seu comportamento autolesivo (DA FONSECA et al., 2018; GIUSTI, 2013; MADGE et al., 2008; NOCK; PRINSTEIN, 2004; SARAFF; TRUJILLO; PEPPER, 2015; SCOLIERS et al., 2009).

Assumindo uma concepção mais **sociológica**, o ato de marcar o corpo pode ser tomado como uma forma de se posicionar, “como uma resposta ao complexo social e subjetivo aos quais os indivíduos estão hoje imersos” (OLIVEIRA, 2016). Partindo deste pressuposto, Assumpção (2016) afirma que até hoje as sociedades tidas como primitivas fazem ritos de passagens. Destaca que, nestas sociedades, os jovens marcam a sua pele de diversas maneiras (furos pelo corpo, estiletes enterrados nas chagas, pele cortada, tatuagens feitas nos rostos das jovens quando menstruam pela primeira vez, incisão no pênis e etc), evidenciando a submissão do seu corpo à sociedade, sua inserção ao universo simbólico do contexto o qual está inserido, pertencimento a cultura e história da sua comunidade. Explica ainda que o rito de passagem assegura a transmissão social do costume e é necessário para a transição para a vida adulta. Todavia, atualmente, não há mais um ritual estabelecido pelo grupo. Assim, o jovem procura de maneira individual a identificação e a encontra por meio de ritos íntimos de produção de sentido destinado a proteção de sua existência, adotando condutas de risco, tais como: tentativa de suicídio, toxicomania, atividades esportivas radicais, transtornos alimentares, velocidade na estrada e autolesão.

Oliveira (2016) pontua que diante da desagregação dos laços sociais, afastamento do outro e perda dos significados coletivos que estruturam o mundo simbólico e individual, as marcas corporais emergem como resposta. Em sua concepção, é uma radicalização do real que perpassa o próprio corpo, materializando na pele o que não elabora no mundo simbólico.

No que se refere aos **fatores de risco** ao comportamento de autolesão são citados na literatura: características pessoais, transtornos psiquiátricos, problemas relacionados a infância, fatores sociais e o contexto familiar (DA FONSECA et al., 2018; GIUSTI, 2013). Por se tratar de um fenômeno multideterminado, Walsh (2012) conceitualiza a autolesão como um fenômeno biopsicossocial que abarca cinco dimensões interrelacionadas capazes de desempenharem um papel no seu surgimento e recorrência: 1) a **dimensão ambiental** (inclui elementos do histórico familiar, elementos da história do sujeito e elementos do contexto atual); 2) a **dimensão biológica** (disfunção no nível de serotonina e no sistema opióide endógeno); 3) a **dimensão cognitiva** (envolve a interpretação dos eventos ambientais e as cognições autogeradas- são aquelas que independem de eventos que possam ter ocorrido); 4) a **dimensão afetiva** (abarca emoções, tais como: raiva, ansiedade, tensão, tristeza, depressão, vergonha, preocupação e desprezo, que resultam das cognições irracionais, autoculpantes e distorcidas e precedem o comportamento autolesivo); e 5) a **dimensão comportamental** (são as ações que precedem, acompanham e seguem a autolesão).

É comumente associada ao sexo feminino e, embora ocorra em diferentes faixas etárias, apresenta maior prevalência entre os adolescentes (DA FONSECA, 2018). Além disso, a exposição a autolesão e ao suicídio de outras pessoas tem sido um fator de destaque, pois forneceria um modelo comportamental a quem está em maior vulnerabilidade (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012).

Pelo fato da adolescência ser um período marcado pela busca de identificações, afastamento de figuras de autoridade (HENRIQUES, 2018), aumento da influência de pares e a autolesão também ser característica a esta fase (SANTOS; FARO, 2018); a associação entre o estabelecimento de vínculo (on-line ou off-line) com pessoas que se ferem e sua possível relação com o desencadeamento do comportamento autolesivo, tem sido alvo de discussão. Todavia, Hawton, Saunders e O'Connor (2012) sugerem que, em vez de uma resposta do tipo “modelagem”, a autolesão pode vir a ser uma resposta a um evento de vida estressante compartilhado por um grupo de pessoas que se agrupariam por partilharem os mesmos estressores.

Diante do exposto, é possível apreender que a autolesão pode ser elucidada sob diferentes perspectivas teóricas que se complementam e nos fornecem uma visão ampla e complexa. Para Ortega (2008), compreendê-la como um elemento *trend*, característico da sociedade do consumo, do espetáculo e da moda, e/ou como uma patologia ou um proble-

ma de saúde mental é reducionista e invisibiliza a agência e as motivações dos atores envolvidos. Para além do alívio temporário do sofrimento, "o corte no corpo é um jogo simbólico que os permite ter controle sobre algo que lhes escapa, já que o corpo representa o entremeio entre o mundo interno e externo" (ASSUMPTÃO, 2016, p. 36); bem como reflete as condições socioculturais, a ausência de um social e simbólico (OLIVEIRA, 2016), fornecendo a ilusão de uma estabilidade, de uma proteção contra as incertezas do mundo, um suporte para o *self* (ORTEGA, 2008).

O fato do tema ter ganhado espaço nos meios de comunicação, inclusive com a exposição da prática da autolesão por celebridades, o conhecimento a respeito do tema foi expandido e rapidamente se espalhou entre os adolescentes, que começaram a compartilhar a experiência entre si, migrando das subculturas juvenis alternativas para um público mais amplo (ADLER; ADLER, 2012). A Internet passou a se tornar um "meio privilegiado de encontro para pessoas que se autolesionavam" (ARCOVERDE, 2013, p. 74).

3.2.A Internet, as redes sociais virtuais e o comportamento de autolesão

3.2.1. A Internet: acesso à informação e interação social

A rede de computadores inovou e transformou de forma significativa a vida das pessoas, uma vez que, no ambiente on-line é possível comprar, fazer curso, se divertir, se conectar com antigos amigos e namorar (DONNAMARIA; TERZIS, 2012). Possibilita interagir com inúmeras pessoas que não se restringem aos círculos de convivência ou as redes sociais habituais (MOURA; CÔRTEZ, 2015) e adentrar em diversos ambientes onde há pessoas que compartilham de interesses semelhantes. Permite que a pessoa expresse o que quer sem necessariamente se expor ou expor sua real identidade, bem como permite saciar a curiosidade e explorar o desconhecido (NICOLACI-DA-COSTA, [s.d.]).

Sendo assim, a internet propicia uma série de possibilidades e em muitos casos prazerosas, uma vez que, tende a gerar sensação de liberdade, mobilidade e poder (NICOLACI-DA-COSTA, [s.d.]). Lima et al.(2016) afirmam que é um universo marcado pela fluidez, imediatismo e dinamismo, com percepção temporal e espacial própria a qual lhe confere uma dinâmica e influencia o campo social. Tornou-se um novo espaço de realizações, atravessando a cultura e a subjetividade de quem vive no século XXI

(DONNAMARIA; TERZIS, 2012).

Segundo Castells (2003), a internet é a base tecnológica que possibilita que a Era da Informação adquira sua forma: a de rede. O autor caracteriza rede como um conjunto de nós interconectados. Muito embora seja uma prática humana antiga, a internet as energizou e transformou-as em redes de informação flexíveis e adaptáveis, impulsionando, assim, a transição para uma nova sociedade, a chamada “sociedade de rede” – a qual vem estruturando atividades econômicas, sociais, políticas e culturais ao redor do mundo. Neste contexto, um elemento pode se conectar a qualquer outro, sem caminhos pré-estipulados, fronteiras geográficas e outras barreiras, pois tudo aquilo que não é material é descentralizado e de livre circulação (NICOLACI-DA-COSTA, [s.d.]).

O período de expansão da internet na década de 1990 suscitou dúvidas e reações defensivas quanto a rede mundial de computadores (CASTELLS, 2003; DONNAMARIA; TERZIS, 2012; NICOLACI-DA-COSTA, 2005). Sua emergência fez com que fosse associada a novos padrões de interação social, muitas vezes com afirmações conflitantes e pessimistas (CASTELLS, 2003). Dentre as projeções pessimistas, destacam-se aquelas que consideram o impacto do uso da internet sobre a subjetividade, focando nos efeitos nocivos de seu uso aos relacionamentos humanos, além dos prejuízos, diante da possibilidade das pessoas se tornarem dependentes da tecnologia e experimentarem sofrimento quando o acesso lhes é negado (DONNAMARIA; TERZIS, 2012).

Castells (2003) destaca que diversos pesquisadores difundiam ideias que giravam em torno da proposição de que a formação de comunidades virtuais possibilitaria a constituição de espaços baseados em relações sociais seletivas, com novos padrões que levaria a substituição da interação limitada territorialmente. Além disso, o uso das tecnologias digitais conduziria ao isolamento, colapso da comunicação social e vida familiar, e abandono das interações face a face em ambientes “reais”. Seriam espaços propícios a interações baseadas em identidades falsas, a representação de papéis, vivência de fantasias, fuga do “mundo real” e de domínio da realidade virtual.

Neste sentido, a internet criaria uma realidade ilusória, falsa, que submeteria os indivíduos a um mundo caótico e sem sentido; contribuiria para a ausência de contato físico, estimulando relacionamentos desafetados; bem como contribuiria para fragilizar e volativizar os relacionamentos interpessoais (DONNAMARIA; TERZIS, 2012). Para Bauman (2004), a rede eletrônica permite uma “proximidade virtual” por ele caracterizada

como universal e permanentemente disponível; porém, propicia o afastamento, a distância e a imaginação. O referido sociólogo afirma que esta “proximidade virtual” gera a “distância virtual”, uma vez que anula a possibilidade de transformar a “contiguidade topográfica” (proximidade física) em proximidade: “a proximidade não exige mais a contiguidade física; e a contiguidade física não determina mais a proximidade” (BAUMAN, 2004, p. 83).

Em sua concepção, a facilidade para se conectar e se desconectar propiciada pela rede eletrônica a torna tão popular e utilizada como um meio de interação. Ainda afirma que a proximidade virtual torna as conexões humanas banais e breves, ao ponto de não possibilitar a construção de laços; bem como se torna um modelo para todas as outras formas de proximidade, ao se transformar na norma, passando assim a substituir a “proximidade real” e a desempenhar o seu papel de maneira genuína e inalterada.

Bauman (2004) afirma que a proximidade virtual tem características vantajosas à sociedade líquida moderna, quando comparada a proximidade não virtual. Portanto, não o surpreende o fato da mesma ser praticada com zelo, espontaneidade e ter ganho a preferência em detrimento de outra forma de contiguidade, uma vez que é “uma condição menos arriscada e mais segura do que compartilhar o terreno doméstico comum” (BAUMAN, 2004, p. 85).

Como contraponto a sua concepção, Nicolaci-da-costa (2005) associa a análise realizada por Bauman a uma reação negativa da sociabilidade virtual, muito embora haja evidências suficientes que provam o contrário. Segundo a autora, os espaços virtuais são semelhantes aos “reais”, ou seja, são preenchidos por características da sociabilidade tradicional, tais como: encontros, desencontros, paixões, decepções, revelações íntimas acober-tadas pelo anonimato protetor dos apelidos (*nicks*), mentiras, intrigas, traições virtuais, solidariedade, indiferença, etc.

Evidências apontam que o uso da internet não só aumentaria, mas manteria laços e envolvimento social para a maioria de seus usuários, bem como aumentaria a exposição a outras fontes de informação (CASTELLS, 2003). Seria um incremento à participação cívica e ao engajamento político de seus usuários, se caracterizando como espaços de relacionamentos solidários, profundos e intensos. A exposição a certos grupos também poderiam

tornar as identidades virtuais dotadas de fontes de maior conhecimento de si e dos outros (NICOLACI-DA-COSTA, 2005).

Castells (2003) reconhece a existência de relatos que conflitam com estes achados, comprovando o efeito isolador entre usuários mais assíduos da internet e enfatizando o limiar de seu uso. Todavia, o autor aponta que não há indícios suficientes para sustentar a hipótese de que o uso da internet acarreta menor interação social e maior isolamento, mas destaca que determinadas atividades sociais podem ser substituídas pelo uso da internet.

O autor admite que é difícil chegar a uma conclusão, pois os estudos que abordam a sociabilidade on-line foram realizados em diferentes momentos, contextos e estágios de difusão do seu uso. O seu ponto de vista gira em torno da necessidade de situar este campo de estudo em meio às transformações dos padrões de sociabilidade da nossa sociedade, considerando também os efeitos do meio tecnológico.

Donnamaria e Terzis (2012) afirmam que é um equívoco a ideia de que a internet é uma ferramenta que impossibilita estabelecer relacionamentos; bem como é um equívoco tomar o virtual como algo irreal, que existe apenas em potência. Explicam que o fato dos relacionamentos serem mediados por um computador e denominados de “relacionamento virtual” não os tornam falsos ou ilusórios.

Embora o termo virtual seja utilizado com frequência para reafirmar de maneira pura e simples aquilo que não existe, para denotar a ausência de realidade, materialidade e presença tangível, a oposição entre o real e o virtual é falsa e enganosa (LÉVY, 1996). Para além do sentido técnico do termo virtual, ligado à informática, Lévy (1999) destaca o sentido corrente do termo, associado à irrealidade, e o filosófico onde o “virtual” é uma dimensão da realidade, é o que existe em potência. O autor destaca também que o virtual é “toda entidade “desterritorializada”, capaz de gerar diversas manifestações concretas em diferentes momentos e locais determinados, sem contudo estar ela mesma presa a um lugar ou tempo em particular” (LÉVY, 1999, p. 48).

Diante da “conscientização de que pessoas reais se encontram e se afetam no ciberespaço, cada qual com seu computador, independentemente do lugar físico onde cada uma delas esteja” o termo ‘virtual’ vem sendo substituído pelo termo ‘on-line’ e ‘à distância” (DONNAMARIA; TERZIS, 2012, p. 171). Savazoni (2016, p. 1) vai além e afirma que não é mais possível falar em on-line e off-line, uma vez que mobilizações e

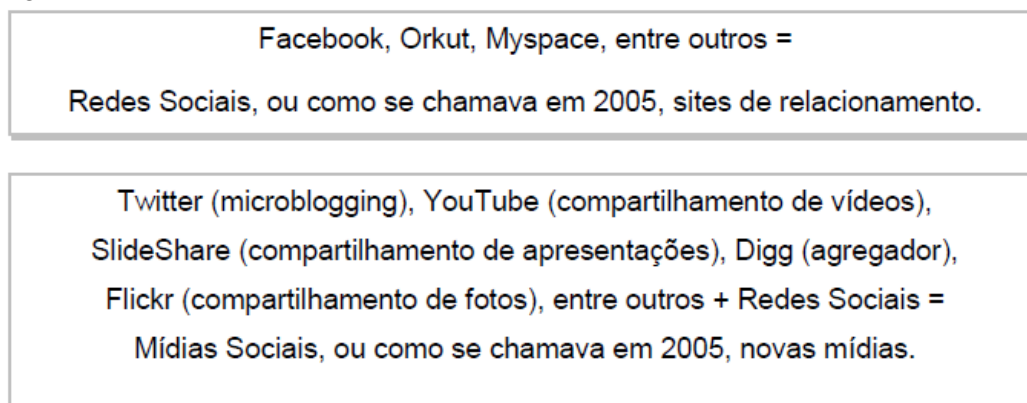
eventos oriundos não apenas do *Facebook*, mas de postagens em *blogs*, *Twitter* e *Instagram* são capazes de articular multidões a partir de “micro-protestos em rede”², evidenciando que as ações na rede e nas ruas se sobrepõem “num *continuum* que se retroalimenta e define o ambiente social atual”.

A despeito de tais concepções sobre o “on-line” e o “off-line”, evita-se utilizar critérios de valor para comparar as relações que são estabelecidas fora da internet ou nas relações mediadas pelo computador, pois ambos são espaços válidos de comunicação e de relacionamento social, com características próprias, que possibilitam a vivência de múltiplas identidades, de desejos e experiências prazerosas (DE LIMA et al., 2016).

3.2.2. Mídias e redes sociais: conceitos

Mídias e redes sociais são termos que se confundem e normalmente são utilizados de maneira indistinta. Todavia, Telles (2010) os diferencia, concebendo o termo **mídias sociais** à uma abordagem mais ampla, que congrega em seu interior as mais diversas redes sociais da internet. O autor aponta que as mídias sociais permitem o compartilhamento de diferentes formas de informações e de conteúdos, além de abarcar as interações sociais características às redes sociais (TELLES, 2010, p. 2):

Figura 2 – Diferenciando os conceitos de Mídias sociais e Redes sociais



Fonte: Telles, 2010, p.2.

²Um exemplo de mobilização iniciada no *Facebook* foi o “churrascão de gente diferenciada” que ocorreu em 2011: “O protesto/deboche foi marcado para contestar os moradores de Higienópolis, em São Paulo, depois que a associação de moradores se mobilizou e passou a distribuir panfletos com mensagens contrárias à construção de uma estação do metrô no bairro sob a alegação de que ela traria “gente diferenciada” ao convívio dos endinheirados. Os internautas, então, assumindo-se como diferenciados (eufemismo para pobres), resolveram marcar um “churrascão na laje” para exigir a construção da estação de metrô” (SAVAZONI, 2016, p. 4).

Acioli (2007) afirma que comumente as **redes sociais** são articuladas às tecnologias da informação, entretanto, existem diversas definições e concepções que variam segundo a abordagem adotada. Nas ciências sociais, por exemplo, a autora caracteriza redes sociais como um conjunto de relações sociais estabelecidas entre um conjunto de atores e também entre os próprios atores; na Antropologia Social seriam as conexões que não se limitam a grupos e categorias e estariam subjacentes a processos sociais. Pode também ser definidas pelo seu uso tecnológico, que teria como sentido o “meio de acesso a informações, contato com grupos ou pessoas através de redes de computadores” (ACIOLI, 2007, p. 8).

As **redes sociais virtuais**, segundo Cruz (2010), dizem respeito a outra esfera das redes sociais e ganha forma por meio da conexão de pessoas ou organizações via computador, possibilitando assim, a formação de novos grupos e comunidades, semelhante a uma organização social. Para o autor, tais redes são constituídas por dois elementos: pelos *atores*, ou seja, por pessoas que além de integrarem esta rede, são responsáveis pela estrutura social da mesma através da interação e constituição do laço social que estabelecem entre si; e pelas conexões, que dizem respeito aos laços sociais oriundos da interação entre os atores que constituem esta rede.

Todavia, de acordo com Cruz (2010), o lócus da interação das redes sociais virtuais ocorre nos *sites*, que são *softwares* (sistemas) voltados para a formação de redes sociais virtuais. Segundo o autor, os *sites* são ferramentas ou espaços onde as pessoas criam um perfil ou página pessoal, expõem publicamente sua rede social e interagem por meio de comentários e/ou mensagens. Isolados, tais sites não constituem redes sociais, mas a partir do seu uso elas se formam, bem como as comunidades virtuais. Já as *comunidades virtuais* têm origem quando atores formam grupos menores em sites de redes sociais - seriam redes de relações pessoais em um local “delimitado” por um tópico que é de interesse compartilhado (CRUZ, 2010).

Neste sentido, Castells (2003, p. 110) aborda as *comunidades especializadas*, que as redes on-line podem dar origem, como um novo sistema de relações sociais centrado no indivíduo. Segundo o autor, tais comunidades dizem respeito a "formas de sociabilidade construídas em torno de interesses específicos. Como as pessoas podem facilmente pertencer a várias dessas redes, os indivíduos tendem a desenvolver seus 'portfólios de sociabilidade', investindo diferencialmente, em diferentes momentos, em várias redes com barreiras de ingresso e custos de oportunidade baixos" (CASTELLS, 2003, p. 110). Neste contexto,

o indivíduo se interconecta de uma forma personalizada e flexível a uma série de situações sociais e tais redes variam segundo a evolução dos interesses dos participantes e a sua própria forma.

Dentre os diversos temas que perpassam estas comunidades virtuais, a autolesão é um fenômeno retratado e que desperta o interesse de diversos usuários tecnológicos. No seio destas comunidades, eles não apenas interagem entre si, como falam abertamente sobre seus comportamentos autolesivos através de recursos variados, reunindo-se não apenas por compartilharem dos mesmos interesses, mas por vivenciarem os mesmos problemas (ASSUMPCÃO, 2016).

3.2.3 Comunidades virtuais sobre autolesão

Segundo Adler e Adler (2012), no início dos anos 2000 a internet se tornou um espaço passível de expressar aquilo que não poderia compartilhar com mais ninguém. Neste contexto, publicações a respeito da autolesão começaram a surgir nos EUA e rapidamente a “moda” se espalhou para outros países de língua inglesa. A princípio, os principais meios de comunicação virtual eram os *blogs* individuais, e posteriormente, a interação foi ampliada para outros espaços virtuais.

Os autores apontam que foi uma década marcada pelo aparecimento de “subculturas de autolesão na internet” em sites, quadros de aviso, grupos de apoio e salas de bate-papo. Eram pessoas solitárias e isoladas no “mundo real” procurando outras pessoas que lhes dissessem que não estavam sozinhas ou ‘malucas’ (ADLER; ADLER, 2012).

Ao estudar grupos inseridos na plataforma *Facebook* e no aplicativo *WhatsApp*, Silva (2016) evidencia que estes são espaços de contato, suas interações têm sentido para quem aí se insere, havendo o compartilhamento de regras que ora podem ser implícitas ora explícitas. O autor afirma que elas apresentam uma dinâmica própria, existindo aquelas que se colocam como grupo de apoio e, neste contexto, é proibida a publicação de imagens e vídeos fortes e a “automutilação” é algo a ser superada. Enquanto há outras comunidades onde é comum os participantes postarem fotos evidenciando seus cortes, vídeos que apresentam imagens de filmes que abordam o tema, ou que remontam a histórias tristes ou trechos de pessoas cometendo suicídio.

São espaços que visam resguardar seus frequentadores de rótulos e, embora seja uma prática comumente mantida em sigilo, eles buscam pares, outros "automutiladores", para compartilharem suas experiências (SILVA, 2016). Também permitem que o sujeito se compreenda, lide com seu corpo com base nos discursos que aí circulam (ADLER; ADLER, 2012) e, como em um diário íntimo, compartilhe como e o motivo que os levou a se cortar, quais objetos que utilizam para isso e fotos dos próprios cortes (ASSUMPÇÃO, 2016).

Adler e Adler (2011) realizaram um estudo com intuito de analisar as características destas comunidades e as pessoas que utilizam estes espaços. Embora a população que participa de tais comunidades sejam muito diferentes, os autores evidenciaram que os participantes e os estilos de publicações tendem a ser os mesmos, destacando quatro **características** comuns:

- *Os reis e rainhas do drama*: se preocupam e reagem de maneira exacerbada a situações menores. Se queixam várias e várias vezes de uma mesma situação, mas não agem de uma maneira proativa para se ajudarem. O objetivo final das postagens é a busca por conselhos, ajuda e compaixão.
- *“Teenyboppers” (patricinhas)*: é o segundo tipo de publicação mais comum. São publicações igualmente dramáticas que relatam problemas sociais na escola e em muitos casos, são adolescentes que procuraram maneiras de se ferir sem serem descobertos.
- *Papéis infantis*: independente da idade, muitos assumem papéis infantis, mas na realidade buscam por conselhos e suportes maternos.
- *Adultos sábios*: geralmente é o papel assumido por quem publica regularmente, ou seja, pelo moderador da comunidade. Oferecem conforto e conselhos a quem pede ajuda - é como se o fato de também praticar a autolesão legitimasse seus conselhos. Já que contam com uma base forte de experiência, assumem uma postura de “profissionais da autolesão”.

Adler e Adler (2011) destacam também que tais comunidades desempenham determinadas **funções** para seus membros, tais como:

- *Se ajudar ao ajudar os outros*

De acordo com os pesquisadores, esta é a função mais importante das comunidades virtuais sobre autolesão. Neste contexto, um ajuda o outro a partir de sua vivência, pois

acreditam que estão mais bem preparados para entender e dar conselhos a quem se lesiona por também praticar. Enquanto motivam outras pessoas, esperam fortalecer sua própria determinação.

- *Interpretar e definir a autolesão (three S's of deviance: sin, sickness and selected)*

Caracteriza-se como sendo as definições sociais utilizadas pelos integrantes para explicar e interpretar seu comportamento. Há quem a considere como um “*pecado*” (*Sin – o primeiro S do desvio*) e se punem por isso, pois interpreta seu comportamento de maneira religiosa ou moral. Sendo assim, se sentem moralmente indignos, pois lhes falta força de vontade para parar e as recaídas significam manchas em seu caráter.

Também pode ser definido um “*vício*” (*Sickness – o segundo S do desvio*), como algo fora de controle, baseando-se em justificativas e explicações psiquiátricas que mais estão ligadas ao senso comum. Neste contexto, há uma ideologia que vê as pessoas como motivadas por problemas biológicos, químicos ou psicológicos.

Uma última definição é o “*modelo de seleção*” (*Selected – o terceiro S do desvio*). Diferente da definição citada anteriormente, aqui é colocado que o sujeito que pratica a autolesão é dotado de controle e decisão consciente, escolhendo o momento e local devido para se ferir. Os autores abordam também que existe a crença de que estas comunidades virtuais ajudariam as pessoas, pois elas poderiam aprender a desistir de sua lesão e substituí-la por outras alternativas.

- *Identitária: “self-injurers”*

Seria um espaço que possibilitaria forjarem suas identidades, se identificarem como “*self-injurers*”. Aqui é muito mais comum identificar aqueles que integram uma comunidade virtual do que pessoas que não estão inseridas neste contexto. Considerando que a autolesão seria um comportamento recorrente e uma parte central de quem são, tais usuários buscariam as comunidades virtuais como um meio de se reafirmarem.

Casadó (2013) afirma que comunidades “*pró self-harm*” são características do ambiente on-line. Fora destes ambientes, os indivíduos tendem a se lesionar em espaços privados e íntimos. Entretanto, em estudo etnográfico realizado por Cavalcante e Cavalcante (2013) com adolescentes de até 18 anos que frequentavam *points* característicos da cena *underground* no estado de Fortaleza, a “*automutilação*” sai do

anonimato, do ocultamento, e se torna semelhante às outras formas de autoagressão, pois é praticada em público, podendo ter a conotação de brincadeira e uma conexão com a rebeldia.

Além disso, desde meados dos anos 2000 os servidores *host*³ passaram a rejeitar sites pró autolesão, sendo assim, grupos começaram a migrar de um servidor a outro, bem como a se enquadrar na categoria de mediadores da comunicação e, neste contexto, ou orientavam-se para a recuperação ou permitiam discussões sobre as necessidades dos participantes relatarem o porquê de se machucarem (ADLER; ADLER, 2011).

Apesar do uso da internet favorecer o desenvolvimento de relacionamentos que oferecem apoio e empatia, podendo encorajar comportamentos positivos e a busca por ajuda (JACOB; EVANS; SCOURFIELD, 2017), pesquisadores vêm apontando a relação entre a prevalência da autolesão e o acesso a páginas e conteúdos que abordam a autolesão. Partindo desta premissa, o acesso a este tipo de página pode aumentar o risco de suicídio entre indivíduos em situações de vulnerabilidades; facilitar ou conter informações a respeito de técnicas e métodos sobre como se machucar; contribuir para o aprendizado de novos métodos; influenciar a banalização/normalização da prática e encorajar a sua ocultação (JACOB; EVANS; SCOURFIELD, 2017; MARS et al., 2015).

Em estudo longitudinal realizado na Inglaterra por Mars et al. (2015) com amostra comunitária (n=8525), 46.3% (3946) dos participantes forneceram dados sobre o uso da internet e a prática da autolesão. Dentre eles, 22.5% reportaram o uso da internet associado ao suicídio e a autolesão; 8.2% (323/3946) pesquisavam informações sobre autolesão, 7,5% (296/3946) sobre suicídio e 9.1% (357/3946) utilizavam a internet para discutir sobre sentimentos relacionados ao suicídio e autolesão.

Outro ponto de destaque deve-se ao fato do uso da internet associado ao suicídio/autolesão entre aqueles que praticavam a autolesão com intenção suicida (70%,174/248). Sites que ofereciam ajuda, conselho ou suporte foram os mais acessados, quando comparados aos que ensinavam como se lesionar ou se matar; e o acesso a sites potencialmente danosos apresentou forte associação com pensamentos suicidas, planos

³É um serviço comumente oferecido por empresas de hospedagem de sites. São máquinas que operam 24 horas por dia para que todo o conteúdo de um site fique disponível na internet para que qualquer pessoa tenha acesso diretamente de seu computador ou smartphone (BORDALLO, s.d).

suicidas e histórico de autolesão (MARS et al., 2015).

Jacob, Evans e Scourfield (2017), por sua vez, ao entrevistarem 21 jovens galeses (entre 16 a 24 anos de idade) com histórico de autolesão, constataram que tal prática já fazia parte de suas vidas e, antes de serem atraídos por comunidades virtuais, eles utilizavam a internet como forma de compreender seus comportamentos. Mesmo não sendo algo desconhecido e que tenha surgido inadvertidamente, os participantes reconheciam o papel da internet e percebiam seu impacto em suas práticas, através do reforço e encorajamento que permeavam a forma com que a autolesão era representada. Além disso, para alguns indivíduos “as trocas na comunidade on-line haviam apoiado a normalização dos danos, levando à sua construção como uma atividade rotineira e cotidiana” (JACOB; EVANS; SCOURFIELD, 2017, p. 142).

Embora não seja possível afirmar se a consciência pública a respeito da autolesão expandiu-se mais devido a um crescimento genuíno na extensão de sua prática ou se sua expansão deve-se a tomada de consciência pelo público mais amplo (por meio das mídias e redes sociais virtuais) e, desta forma, passou a reconhecer suas marcas pelo que eram (ADLER; ADLER, 2011); a internet concebeu um novo significado à autolesão, permitindo o surgimento de "espaços subculturais seguros", facilitando assim, a transição de um fenômeno puramente psicológico para o sociológico (ADLER; ADLER, 2012).

Por um lado, tais espaços agregam indivíduos que se unem para aumentar o bem estar de cada um, possibilitam o desenvolvimento da autoconfiança a respeito da autolesão, permitem os sujeitos moldarem novos tipos de ordem social, bem como desafiam as noções tradicionais de identidade e alteram as concepções de comunidade e sua natureza (ADLER; ADLER, 2012). Como aspecto positivo da internet, é possível também incluir os benefícios evidenciados pelo fomento de ferramentas de monitoramento on-line que contribuem para uma redução na autolesão ou ideação suicida, bem como pelo desenvolvimento de serviços de saúde mental on-line, os quais têm sido visto de maneira positiva por parte de seus usuários (MARCHANT et al., 2017). Contudo, por outra perspectiva, os sujeitos ficam expostos a grupos, comunidades e conteúdos, que podem exercer influência em seus comportamentos e organização psíquica, principalmente entre os mais jovens (HENRIQUES, 2018).

4. MÉTODO

Como abordado inicialmente, o trabalho realizado partiu da pesquisa “Violência autoprovocada na infância e na adolescência”, que buscou investigar sobre o comportamento suicida entre crianças e adolescentes no país, dentre os quais casos de autolesão foram identificados. A partir daí, dois capítulos foram elaborados, os quais comporão um livro a ser publicado por editora científica.

A “autópsia psicossocial” foi o principal caminho metodológico utilizado na pesquisa. Esta abordagem apoia os pesquisadores a reconstituir as circunstâncias, os fatores e as representações de cada caso estudado. Possibilita uma abordagem retrospectiva do caso, a partir de fatos relevantes na vida e de seu contexto sociocultural, ajudando a desvendar seu universo relacional e as possíveis causas associadas a seu ato (CAVALCANTE et al., 2012). Foram feitas entrevistas em profundidade com adolescentes e seus familiares, que serão descritas mais adiante.

4.1. Contexto do estudo: a pesquisa original

As cidades de Porto Alegre/Rio Grande do Sul (Região Sul) e Dourados/Mato Grosso do Sul (Região Centro-Oeste) foram selecionadas por apresentar elevadas taxas de tentativas de suicídio e o ato em si entre crianças e adolescentes entre os anos de 2009 e 2015, segundo informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIMbr).

Segundo o Censo de 2010, **Porto Alegre** (POA) tem uma população de 1.409.351 habitantes. Recebeu imigrantes de várias partes do mundo, o que acarretou a composição de uma população muito heterogênea. Etnicamente possui um predomínio de pessoas com cor de pele branca (82,4%), 8,7% de negros, 7,8% de pardos, 0,5% de índios, 0,2% de amarelos e 0,4% de etnia não declarada (FEDOZZI, 2007). De acordo com um estudo genético de 2011, a composição genética da população de Porto Alegre é 77,70% europeia, 12,70% africana e 9,60% ameríndia. Os brancos, pardos e negros de Porto Alegre, no geral, apresentaram traços das três ancestralidades (PENA et al, 2011). Tem salário médio de trabalhadores formais de 4 salários mínimos e Índice de Desenvolvimento Humano

(IDHM) de 0.805. A mortalidade infantil, em 2014, foi de 9,75 óbitos por mil nascidos vivos. A pirâmide etária em 2000 se distribuía entre cerca de 23% com menos de 15 anos, cerca de 68% entre 15 e 64 anos, e cerca de 8% com 65 anos ou mais. Nos indicadores de vulnerabilidade familiar, havia 7,5% de mulheres entre 15 e 17 anos já com filhos, 22,3% de crianças em famílias com renda inferior a 1/2 salário mínimo e 6,0% de mães chefes de família, sem cônjuge, com filhos menores. É uma das cidades mais alfabetizadas do país (ATLAS DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013). Tradicionalmente, Porto Alegre, assim como toda a Região Sul, apresenta as mais elevadas taxas de suicídio do país.

Dourados (DOU) é um município brasileiro da região Centro-Oeste, localizado no estado de Mato Grosso do Sul (MS) e é uma cidade de fronteira, incluindo o Paraguai (com áreas próximas de plantio de maconha), o que lhe confere o título de Portal do Mercosul. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2017, possui uma população de aproximadamente 220 mil habitantes (e 55 habitantes por km²), sendo a cidade mais populosa do interior de MS (IBGE, 2017). Tem grande população indígena e quatro etnias vivem no município. Dourados tem IDHM de 0.747, que é considerado alto e tem o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) entre os municípios de MS, representando cerca de 9% do total das riquezas produzidas no estado. É a 129ª menos violenta entre os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes considerando mortes por agressão (homicídios) e em mortes violentas por causas indeterminadas (MVCI), onde registrou 60 assassinatos (28,2 mortes por 100 mil habitantes) (IPEA, 2017). O município é destaque na educação sendo considerado um polo educacional e universitário de Mato Grosso do Sul.

4.2.Percurso metodológico

Inspirado no estudo realizado por Minayo e colaboradores sobre suicídio e tentativas em idosos (MINAYO et al, 2010), a pesquisa baseou-se na “autópsia psicossocial” para realização de entrevistas em profundidade com os adolescentes com comportamento autolesivo e suas famílias. Foram elaborados dois instrumentos, baseados em fontes nacionais e internacionais (JACOBS et al., 1996; SAMPAIO, 1991; WERLANG; BOTEGA, 2003), um destinado ao familiar e outro para o adolescente, adaptados segundo a natureza do caso (Anexos1 e 2). Os instrumentos foram compostos

pelos seguintes blocos: (1) dados de identificação do familiar entrevistado (ocupação, escolaridade, renda, tipo de moradia, entre outros), (2) dados de identificação do adolescente (escolaridade, idade, entre outros), (3) questões familiares (estrutura, funcionamento, relacionamento, eventos adversos, história de suicídio, religião e rede de apoio), (4) biografia do adolescente (crescimento e desenvolvimento na escola e no meio social, doenças, acompanhamento de profissional de saúde mental, temperamento, relações na escola, com amigos e na vizinhança), e (5) sobre o ato autolesivo em si (como aconteceu, onde, quando, circunstância, comportamento e pensamentos anteriores ao ato, tentativas anteriores, motivação, reação e impacto na família, acompanhamento especializado e rede de apoio). A parte inicial da entrevista (primeiro bloco) foi realizada junto com o adolescente e seu respectivo familiar, para, a partir de então, ouvir cada um deles em separado. As entrevistas foram conduzidas por psicólogos experientes e durou em média 80 minutos.

O estudo contou com a participação de dois pesquisadores locais (médica de família e enfermeira), um em cada cidade, que deu todo suporte para a logística da realização das entrevistas. Esses pesquisadores locais foram responsáveis pela aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética local, pela identificação dos casos e pelo agendamento das entrevistas. Para tanto, receberam um Manual com as principais orientações sobre o seu trabalho e sobre a pesquisa.

Em ambas cidades, os casos foram acessados através de Serviços de Emergência de hospitais gerais, psiquiátricos ou infantis, além de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil). Dourados foi o local onde se encontrou mais dificuldade para identificar os casos da pesquisa.

Ao todo fizeram parte do estudo 10 casos, correspondendo a um total de 17 entrevistados (nove familiares e oito adolescentes). Desse total, oito casos retratavam o comportamento de autolesão, onde na maior parte das vezes cada caso era composto pelo adolescente (de 11 a 19 anos) e seu responsável, totalizando 14 entrevistas. Como se verá mais adiante, outros dois casos foram incluídos no estudo (um de tentativa e outro de suicídio, totalizando três entrevistas) por trazerem elementos importantes para o debate sobre redes sociais virtuais. Em Dourados, todas as entrevistas com os adolescentes e familiares foram feitas nas casas das famílias; já em Porto Alegre, quase todas foram realizadas nos serviços de saúde. Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas.

Partindo de todo este contexto de pesquisa, a seguir é apresentada a proposta para elaboração dos dois capítulos de livro que compõem esta dissertação.

4.2.1 Capítulo 1: A autolesão sob a perspectiva de adolescentes que se ferem e de seus familiares

Este capítulo teve como **objetivo** discutir as motivações, o contexto familiar, social e pessoal, e o ato em si de adolescentes que lesionaram seus corpos, residentes de Porto Alegre (RS) e Dourados (MS). Conforme tabela 1, oito casos fizeram parte da análise deste capítulo (dois de Dourados e seis de Porto Alegre), totalizando 14 entrevistas.

Tabela 1: Perfil dos entrevistados analisados com depoimentos sobre comportamento de autolesão

Nome fictício	Local	Idade	Responsável	Tipo de violência autoinfligida
Nina	Dourados	15	Avó	Autolesão por corte e tentativa de suicídio (1 vez por enforcamento e 3 vezes por medicação)
Emma	Dourados	14	Mãe	Autolesão por corte e ideação suicida
Júlia	POA	14	Mãe	Autolesão por corte e ideação suicida
Ângela	POA	12	Pai	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Alice	POA	13	Avó paterna	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Bernardo	POA	14	Mãe	Autolesão por socar/bater em objetos e tentativa (3 vezes: faca, cadarço de tênis, gás)
Eduarda	POA	16	Avô e avó materno	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Laura	POA	17	Irmã mais velha	Autolesão por corte, queimadura e tentativa de quebrar osso e tentativa (2 vezes: medicação e corte no pulso)

A principal metodologia adotada para análise do material foi a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016). Segundo a autora, este tipo de análise possibilita uma riqueza na investigação de informações e na expressão da singularidade individual, com significações multidimensionais. Enfatiza que a Análise de Conteúdo deve ter como resultado final uma abstração capaz de transmitir o essencial das significações produzidas pelas pessoas, sem deixando escapar o latente, o original, o estrutural e o contextual.

A autora ainda destaca que a análise de conteúdo deve ser organizada em três fases:

- a) Fase de pré-análise:** onde há a organização do material, buscando sistematizar as ideias iniciais. É o momento em que formula-se as hipóteses, os objetivos e os indicadores que sustentam a interpretação final. Nesta fase há o desenvolvimento das seguintes atividades: (a) leitura flutuante, entendida como o primeiro contato com o material que será analisado, a fim de conhecer o texto para obter impressões e orientações que vão se tornando mais precisas; (b) escolha do material a ser analisado, podendo ser determinado a priori ou ser formulado a partir da definição do objetivo - escolhendo os documentos que fornecerá informações concernentes ao problema. Tal escolha implica em determinadas regras: regra da exaustividade (uma vez escolhido o documento de análise, todos os seus elementos devem ser considerados); regra da representatividade (diz respeito ao alcance da análise que pode ser generalizada ou diminuída a julgar pela amostra do material); regra de homogeneidade (a escolha do documento obedece a critérios precisos); e a regra de pertinência (os documentos analisados devem ser fontes de informações que correspondam aos objetivos da análise); (c) formulação de hipóteses (formulação provisória a qual virá a ser confirmada ou refutada pelos procedimentos de análise) e objetivos (finalidade do estudo); (d) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: onde ocorre a escolha dos índices de determinada manifestação textual com base na hipótese e sua sistematização em indicadores; e (e) preparação do material, sendo uma preparação formal e material prévia a análise para que facilite seu desenvolvimento.
- b) Fase de exploração do material:** corresponde a fase da análise propriamente dita, é a "aplicação sistemática das decisões tomadas" (p. 131)
- c) Fase de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação:** corresponde ao tratamento dado a informação, tornando-a significativa e válida, bem como torna possível emitir inferências e interpretações a respeito dos objetivos propostos.

Silva e Fossá (2015, p. 4) sintetizam os passos propostos por Bardin da seguinte forma:

- 1) leitura geral do material coletado (entrevistas e documentos);
- 2) codificação para formulação de categorias de análise, utilizando o quadro referencial teórico e as indicações trazidas pela leitura geral;

- 3) recorte do material, em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico;
- 4) estabelecimento de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados). A formulação dessas categorias segue os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da fertilidade (para as inferências) e da objetividade (compreensão e clareza);
- 5) agrupamento das unidades de registro em categorias comuns;
- 6) agrupamento progressivo das categorias (iniciais → intermediárias → finais);
- 7) inferência e interpretação, respaldadas no referencial teórico.

Todos os oito casos entrevistados estavam organizados em três principais categorias: família, adolescente e ato, onde, a partir da leitura intensiva de todo o material, foram extraídas as categorias de análise por afinidade temática e os núcleos de sentido. Para Bardin (2016, p.135), a análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. Portanto, o tema foi a unidade de registro base para a análise das entrevistas.

No capítulo, as seguintes categorias temáticas foram analisadas: (a) comportamento autolesivo; (b) dimensão emocional; (c) dinâmica familiar; e (d) relacionamento com os pares. Na apresentação do capítulo, aspectos da análise e dos resultados serão detalhados e discutidos.

4.2.2. Capítulo 2: Violência autoinfligida e redes sociais virtuais

O segundo capítulo teve como **objetivo** refletir sobre o uso das redes sociais virtuais por adolescentes que apresentam o comportamento de autolesão, além de tentativas e o suicídio consumado. Como já abordado, a literatura não só aponta o crescente uso da internet entre os jovens, mas também um aumento do número de sites com conteúdos que fazem referência direta ao suicídio (GOMES et al., 2014). Conforme tabela 2, seis casos

mencionaram o acesso a conteúdo sobre cortes, ideações e suicídio consumado nas redes sociais virtuais, onde estabelecem vínculos, compartilham suas experiências e têm acesso a conteúdos sobre violência autoinfligida, correspondendo a um total de 11 entrevistados (familiares e adolescentes). Portanto, o capítulo pretende compreender as experiências e os usos da internet e as representações que são construídas sobre este comportamento nestes espaços visitados pelos jovens entrevistados.

Tabela 2: Perfil dos entrevistados analisados com conteúdo de autolesão e rede social virtual

Nome fictício	Local	Idade	Responsável	Tipo de violência autoinfligida
Nina	Dourados	15	Avó	Autolesão por corte e tentativa de suicídio (1 vez por enforcamento e 3 vezes por medicação)
Emma	Dourados	14	Mãe	Autolesão por corte e ideação suicida
Ângela	POA	12	Pai	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Eva	POA	12	Mãe	Tentativa (medicação)
Bruna	Dourados	18	Mãe	Suicídio (enforcamento)
Eduarda	POA	16	Avô e avó materno	Autolesão por corte e tentativa (medicação)

A análise das entrevistas foi iniciada também com uma pré-análise de cada caso, a partir da Análise de Conteúdo, conforme descrita anteriormente, mas agora voltado para a temática aqui proposta. De acordo com Silva e Fossá (2015) a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas que permite conhecer e interpretar a realidade estudada com base na sua sistematização, codificação e classificação em categorias simbólicas e a interpretação. Tem como fonte de análise as comunicações, abarcando conteúdos verbais e não verbais. É um recurso útil para evidenciar aquilo que está para além da compreensão imediata (BARDIN, 2016).

A partir da leitura detida de cada entrevista, os recortes foram feitos a partir da análise temática. Segundo Bardin (2016, p.135), a “noção de tema [...] é característica a análise de conteúdo”. É um recorte do texto a partir de uma afirmação acerca de um assunto, uma frase, que traz em si um vasto conjunto de significações.

As categorias temáticas extraídas das entrevistas foram: (a) aspectos da infância e relacionamento familiar; (b) vida escolar e redes sociais virtuais; (c) violência autoinfligida e redes sociais virtuais; e (d) dimensão emocional e a autoestima.

Os casos foram apresentados no modelo de narrativa, que, segundo Nunes et al. (2017), são como representações de uma história e “caracterizadas por expressar a verdade sobre um ponto de vista em seu determinado contexto de tempo e espaço”. Traz em seu bojo as categorias temáticas extraídas de cada caso. Mais adiante questões metodológicas deste capítulo serão apresentadas.

4.3 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e também pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre), com os respectivos CAAE: 57445916.7.0000.5240 e CAAE:57445916.7.3002.5530. Segue todas as recomendações éticas previstas na Resolução 510/2016, que aborda as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Todos os envolvidos assinaram Termo de Assentimento/Consentimento (adolescente e familiares) (Anexos 3-5). Vale destacar que alguns casos entrevistados na pesquisa, seja o de familiar ou adolescente, em que se observou a necessidade de acompanhamento pela rede de saúde local, foram encaminhados para serviços locais para acolhimento e atendimento terapêutico.

Para a utilização dos dados contidos no estudo “Violência autoprovocada na infância e na adolescência” foi feita a comunicação ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ especificando que o projeto de mestrado contemplava e se propunha a cumprir um dos objetivos propostos da pesquisa e, assim sendo, tratava-se de um subprojeto. A apresentação do subprojeto foi descrita no parecer consubstanciado nº 3.267.316 da emenda, emitido em 16 de abril de 2019 (Anexo 6).

5. RESULTADOS

5.1. Capítulo 1

A autolesão sob a perspectiva de adolescentes que se ferem e de seus familiares

Aline Gonçalves, Joviana Avanci, Fernanda Serpeloni

No Brasil e em várias partes do mundo, proliferam notícias a respeito de adolescentes e jovens que se ferem e lesionam seus corpos intencionalmente (OTTO; SANTOS, 2016). Concomitantemente, há um aumento expressivo por busca de atendimento por esta causa nos serviços de saúde (HENRIQUES, 2018). Visando lançar luz sobre o tema da autolesão, que tem suscitado uma série de questionamentos e carece de estudos contextualizados na realidade brasileira, este capítulo tem por **objetivo** compreender as motivações, o contexto familiar, social e pessoal e o ato em si da autolesão cometida por adolescentes.

Tal comportamento é caracterizado pela “destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente” (KRUG et al., 2002, p. 183). Embora seja comumente associado ao ato de se cortar, a autolesão também compreende as queimaduras, os arranhões, rasgar ou puxar a pele ou o cabelo, as tentativas ou a fratura de fato de um osso (WHITLOCK, 2006), bater partes do corpo contra a parede ou objetos e cutucar ferimentos (GIUSTI, 2013). Tende a ser prevalente no sexo feminino (MADGE et al., 2008; TALIAFERRO et al., 2012) e entre pessoas mais jovens, com idade média de início entre os 15 (WHITLOCK et al., 2011) e 16 anos (KLONSKY, 2011), podendo ter início aos 12 anos ou antes disso (DA FONSECA et al., 2018; SIMIONI, 2017; WHITLOCK et al., 2011).

No tocante às estimativas, o maior estudo epidemiológico realizado com 61.330 adolescentes dos Estados Unidos demonstrou uma prevalência de 7,3% para o comportamento de autolesão nos últimos 12 meses (TALIAFERRO et al., 2012). Em estudo transversal realizado por Madge et al. (2008) com mais de 30.000 adolescentes entre 15 e 16 anos de sete países do continente europeu e na Austrália, constatou que 13,5% das meninas e 4,3% dos meninos relataram um episódio de autolesão (*self-harm*) em algum momento da vida.

Simioni (2017) realizou um estudo de coorte em 57 escolas dos estados de Porto Alegre e São Paulo com o objetivo de investigar a prevalência do comportamento autolesivo em crianças de 6 a 9 anos e adolescentes de 10 a 14 anos (n= 2.508). Constatou prevalência de 1,6% (1,8% para crianças e 1,5% para adolescentes) para a prática da autolesão ao longo da vida e de 0,8% no último mês (0,6% para crianças e 1% para adolescentes). Henriques (2018), por sua vez, analisou casos de autolesão atendidos no ano de 2016 por um serviço de saúde mental destinado a adolescentes no estado de Minas Gerais. Do total de casos atendidos neste período (n=145), 20,6% (n=30) eram de autolesão e a grande maioria eram meninas (83.3%).

Na literatura não há consenso sobre os termos a serem utilizados para descrever o comportamento que envolve a lesão do próprio tecido corporal de maneira direta e intencional (ASSUMPÇÃO, 2016; FAVAZZA; ROSENTHAL, 1993; GUERREIRO; SAMPAIO, 2013; MUEHLENKAMP et al., 2012). Diferentes grupos de trabalhos utilizam diferentes nomenclaturas, influenciando não só a sua compreensão como a comparação de dados epidemiológicos, clínicos e de prevenção (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013). Além das diferentes nomenclaturas utilizadas para descrever comportamentos semelhantes, existe um esforço em compreender as especificidades da autolesão, afim de conceituá-la de maneira adequada e menos dúbia. Uma série de questionamentos gira em torno da intenção suicida envolvida no comportamento autolesivo e os possíveis fatores de distinção entre essas práticas.

A intencionalidade subjacente ao ato traz em seu bojo uma série de divergências as quais influenciam a conceituação e definição do comportamento autolesivo. A título de exemplo, o termo “autolesão deliberada” (*Deliberate Self-Harm/DSH*), comumente utilizado na Europa e Austrália, aponta para uma definição mais abrangente considerando todo o tipo de comportamento autolesivo com resultado não fatal, sem diferenciar se há ou não a intenção suicida (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013). Enquanto que a América do Norte (Canadá e Estados Unidos) empregam principalmente o termo “autolesão não suicida” (*Non-Suicidal Self-Injury/NSSI*) para denominar os comportamentos que envolvem a lesão do tecido corporal *sem intenção suicida* e que não são sancionados socialmente (MUEHLENKAMP et al., 2012; SIMIONI, 2017).

O “Manual prático para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autoagressão” (*Practice Manual for Establishing and Maintaining Surveil-*

lance Systems for Suicide Attempts and Self-Harm) elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), adota o termo "*self-harm*" por ser considerado um "terreno comum" internacionalmente e devido ao fato de pesquisas revelarem a presença de múltiplos motivos subjacentes ao comportamento e ambivalência em relação a motivação suicida. Todavia, o Manual pontua que a tradução pode não ter o mesmo significado, dependendo do contexto, e que o termo "tentativa de suicídio" pode ser priorizado e utilizado.

A despeito do contexto brasileiro abordar o fenômeno cunhando principalmente o termo "automutilação", seja através da mídia ou no campo acadêmico e do mesmo ser empregado como sinônimo de "autolesão", Almeida (2010) explica que o comportamento "automutilador" é mais grave e pode surgir em contexto alucinatório e frequentemente coloca a vida em risco por envolver a destruição irreversível de um membro do corpo (ex: as amputações, enucleação ocular e castração).

O presente capítulo irá privilegiar a utilização do termo "**autolesão**", pois, como bem aponta Arcoverde (2013), é o que mais se aproxima dos termos "self-harm" ou "self-injury", os quais são os mais utilizados na literatura especializada e que não filiam-se a uma perspectiva teórica restrita, mas englobam diferentes vertentes de discussão do tema, inclusive no que se refere à intencionalidade (ou não) suicida que há na prática da autolesão.

Além das divergências semânticas, diferentes vertentes teóricas buscam explicar a ocorrência da autolesão. Sob o viés da psiquiatria, a autolesão é identificada enquanto um sintoma de transtorno mental (NOCK, 2009). Todavia, a quinta edição do Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2014) propõe critérios específicos de diagnóstico para a "autolesão não suicida" com a justificativa de que tal comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica – compondo a seção III no capítulo como "Condições para Estudos Posteriores".

Em uma vertente psicanalítica, a autolesão é identificada como um sintoma que resultaria do recalque de uma pulsão intolerável à moral do eu e que arriscaria o equilíbrio da vida psíquica (DINAMARCO, 2011). O campo da psicologia, por sua vez, compreende como um meio de regular as experiências emocionais ou comunicar algo (NOCK, 2009). Nesse contexto, a "abordagem funcional" tem tido destaque, por permitir compreender o que antecede e sucede o ato de se ferir e por classificar as motivações envolvidas em duas

funções, a saber: 1) **funções interpessoais** (ex: obter atenção e ajuda, pertencer a um grupo); 2) **funções intrapessoais** (ex: regulação emocional, autopunição, gerar alívio) (NOCK; PRINSTEIN, 2004). Tal perspectiva compreende que a manutenção do comportamento autolesivo está condicionada a associação feita entre comportamento e consequência, portanto, está sujeito ao reforço recebido e inclui tanto características do ambiente quanto afetividade pessoal (SARAFF; TRUJILLO; PEPPER, 2015).

Adler e Adler (2007) pautam a autolesão em uma perspectiva sociológica, buscando compreender o “como” o sujeito se engaja na autolesão. Para eles, uma série de fatores sociais (a mídia, a internet, amigos, conhecidos ou familiares) influenciaram (e ainda influenciam) a forma como as pessoas aprenderam sobre a autolesão. O que favoreceu uma áurea de curiosidade e fascínio ao “aprenderem” que a autolesão existia, como fazê-la e como perceber e interpretar seus efeitos, formando identidades e grupos sociais em torno disso. Aderindo também a uma visão sociológica, Oliveira (2016, p. 13) pontua que a “automutilação” reflete a nossa atual conjuntura, onde o ato de cortar o corpo “é uma resposta a desagregação dos laços sociais, ao afastamento do outro e a perda de significados coletivos que estruturavam o mundo simbólico do indivíduo”.

Na modernidade, o corpo não é apenas objeto de reverência e de investimento individual, mas “lugar de predileção do discurso social” (LE BRETON, 2012). O que é tomado por Ortega (2008) como a “centralidade do corpo” característica a sociedade contemporânea, onde o eu está a serviço e só existe para cuidar do corpo, estabelecendo novos critérios de agrupamento que substituem os padrões tradicionais (raça, classe, religião, orientação política), ressignificando os laços e valores. Para o autor a modificação corporal é uma resposta a isso (a desestruturação do mundo simbólico do indivíduo e, conseqüente, déficit identitário), é um suporte para o *self*, corporifica a identidade subjetiva e é uma resposta a cultura da aparência (ORTEGA, 2008).

Tais perspectivas nos permitem compreender que a autolesão é um fenômeno complexo. Através das inscrições corporais, adolescentes expressam suas experiências subjetivas, externalizam algo que diz respeito ao seu eu interior (LANG; BARBOSA; CASELLI, 2009); bem como reflete as condições socioculturais, a ausência de um social e simbólico (OLIVEIRA, 2016). Inúmeras publicações vêm alertando para o fato do comportamento está crescendo nas últimas duas décadas, porém, não está muito evidente se de fato houve um crescimento ou se há maior consciência e relatos sobre o mesmo (HEATH; TOSTE;

MACPHEE, 2014). Em geral, a América latina carece de informação científica a respeito do tema (THYSSEN; VAN CAMP, 2014). Nesse sentido, dados e estudos relativos à nossa realidade ainda são insuficientes para compreender o quanto essa problemática afeta a população brasileira.

Caminho metodológico

A partir da abordagem metodológica da “autópsia psicossocial” (CAVALCANTE et al., 2012), a proposta deste capítulo se baseia na análise de oito casos de adolescentes entrevistados, dois na cidade de Dourados (MS) e oito em Porto Alegre (RS). Os casos foram acessados através de Serviços de Emergência de hospitais gerais, psiquiátricos ou infantis, além de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil). Entrevistas em profundidade foram realizadas com os adolescentes e suas famílias, totalizando 14 entrevistas.

Todas as entrevistas foram analisadas segundo a Análise de Conteúdo modalidade temática, recomendada por Laurence Bardin (2016). Esta análise possibilita uma riqueza na investigação de informações e na expressão da singularidade individual, com significações multidimensionais. Tem como resultado final uma abstração capaz de transmitir o essencial das significações produzidas pelas pessoas, sem deixando escapar o latente, o original, o estrutural e o contextual. Para Bardin (2016), a análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos oito casos analisados neste capítulo, nomeados de forma fictícia.

Tabela 1: Perfil dos entrevistados analisados com depoimentos sobre comportamento de autolesão

Nome fictício	Local	Idade	Responsável	Tipo de violência autoinfligida
Nina	Dourados	15	Avó	Autolesão por corte e tentativa de suicídio (1 vez por enforcamento e 3 vezes por medicação)
Emma	Dourados	14	Mãe	Autolesão por corte e ideação suicida

Continua

Nome fictício	Local	Idade	Responsável	Tipo de violência autoinfligida
Júlia	POA	14	Mãe	Autolesão por corte e ideação suicida
Ângela	POA	12	Pai	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Alice	POA	13	Avó paterna	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Bernardo	POA	14	Mãe	Autolesão por socar/bater em objetos e tentativa (3 vezes: faca, cadarço de tênis, gás)
Eduarda	POA	16	Avô e avó materno	Autolesão por corte e tentativa (medicação)
Laura	POA	17	Irmã mais velha	Autolesão por corte, queimadura e tentativa de quebrar osso e tentativa (2 vezes: medicação e corte no pulso)

O processo de Análise de Conteúdo das entrevistas foi organizado em três fases: (1) pré-análise, com a organização do material para facilitar a formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que sustentam a interpretação final; (2) exploração do material, que corresponde a fase da análise propriamente dita e (3) de tratamento dos resultados, com a em fase na inferência e na interpretação.

Todos os oito casos (total de 14 entrevistas) foram organizados nas seguintes categorias temáticas: (a) o comportamento autolesivo (idade do primeiro episódio, o tempo de engajamento, a frequência, o método, a parte do corpo afetada, o objeto utilizado, a motivação e os significados do ato); (b) a dimensão emocional; (c) a dinâmica familiar (relacionamento com o pai, a mãe e/ou cuidador, com quem reside, suporte familiar/figura de apoio, histórico de suicídio e episódios de violência); e (d) o relacionamento com os pares (vínculo de amizade, escola, *bullying*, *cyberbullying* e o ambiente virtual).

Comportamento autolesivo: quem comete, como faz e o que leva?

A autolesão tem sido apontada como uma prática típica da adolescência, com o pico do ato em torno dos 15 anos de idade (SIMIONI, 2017). Apesar de existir em faixas etárias mais novas, poucos estudos abordam o fenômeno em crianças menores de 12 anos de idade, dificultando o seu conhecimento neste período da vida (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012). É também tomado como um fenômeno tipicamente feminino

(MADGE et al., 2008; TALIAFERRO et al., 2012), o que é explicado pelas diferenças na forma com que homens e mulheres lidam com as experiências emocionais e na própria socialização das meninas, que crescem mais inclinadas a reconhecerem suas emoções e a buscar formas de regulá-las. Neste contexto, a autolesão pode ser uma estratégia para lidar com os sentimentos que angustiam e atormentam (DA FONSECA et al., 2018). Fazendo um paralelo com o comportamento suicida, Madge et al. (2008) acrescenta dizendo que o “*cutting*” é um método usado tanto entre rapazes quanto em moças, contudo os primeiros tendem a adotar métodos mais violentos, como pular de locais altos ou se enforcar, enquanto que as meninas reportam com maior frequência o “*cutting*” e a ingestão de medicamentos.

No estudo aqui apresentado praticamente quase todos os casos entrevistados são meninas, com idades entre os 12 e 17 anos. Metade dos adolescentes pesquisados se feriu pela primeira vez aos 12 anos, com relatos também de início em idades mais tenras, como aos 9 e 11 anos. Não há um padrão para o período de tempo em que o comportamento de autolesão ocorreu na vida dos adolescentes. Alguns relatam uma duração de oito meses, enquanto outros praticavam a autolesão há cerca de 5 anos, de maneira repetitiva e com grau de gravidade variado:

“A última vez acho faz uns meses. Acho que faz uns três meses. [*E que você começou a se cortar?*] Muito tempo. Eu tinha uns onze anos, doze.”(Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“[*Mas já aconteceu isso quantas vezes?*] Várias vezes... E teve uma vez que ela cortou um corte bem profundo assim... [*Aí você precisou levar ela no hospital?*] Não... Eu sei que ela cortou bem forte né, daí eu falei ó, se pegar a veia, você vai morrer. Falei, porque depende da onde pega né, daqui... Falei assim, não faz isso. Aí ela tava vendo, cortou um bem ralinho, mas se cortou... E aqui os dedos também.” (mãe Emma, 14 anos, Dourados, autolesão e ideação suicida)

O ato de se cortar foi o método recorrente, apesar de também terem sido citados as queimaduras, o comportamento de bater em objetos e pular de locais altos. O braço é o local do corpo preferido para os cortes. Todavia, estes também foram direcionados a outras partes do corpo, tais como: a costela, a barriga, o quadril, o tornozelo, a coxa, a nuca, os dedos e o pescoço. Laura disse que, inicialmente, se feria através de cortes nos braços e que utilizava casaco no verão para escondê-los, mas, com o passar do tempo, adotou outros métodos:

“Bem, começou no braço... que é o mais clássico. Mas eu comecei no braço, passei, sei lá, aqui, costela, barriga, aqui quadril, tornozelo, coxa... Além de cortes teve queimaduras,

batidas, coisas do tipo. Eu vivia saindo de casa de noite pra ficar andando pela rua, pra ver se alguma coisa acontecia comigo.” (Laura, POA, 17 anos, autolesão e tentativa de suicídio)

A adolescente Nina menciona o uso de lâmina para ferir os braços e as pernas: “*Eu desmontava as lâmina, a Prestobarba, e ficava rodeando meus braço. Minhas perna*”. Sua avó ainda mencionou episódios em que a jovem utilizou caco de vidro e espelho para se ferir. O pai de Ângela também menciona encontrar na mochila da adolescente estilete e vidro, utilizados para se ferir: “*sempre a gente achava alguma coisa na mochila dela, um vidro, um ca... como é que é? Um estilete, alguma coisinha assim*”. A avó de Eduarda cita a lâmina de apontador e linha como objetos usados para a neta de machucar:

“... eu chego a pegar, sabe? Um apontador... daí ela vai botando nos lugares, onde, porque eu vou catando as coisas, aí ela usa a lâ... o que tiver pra cortar, porque a gente tirou tudo que tivesse lá. Ela tava pegando inclusive linhas.” (avó Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

Dos oito adolescentes analisados, seis mencionaram também já terem tentado acabar intencionalmente com a própria vida, três deles por mais de uma vez. Em geral, nestes casos o comportamento se iniciou pela autolesão e evoluiu para a tentativa de suicídio propriamente dita: “*foi corte no pulso [a primeira tentativa]. Mas antes disso eu já [me] cortava já. [...] e o de julho foi remédio*”. (Laura, POA, 17 anos, autolesão e tentativa de suicídio). A overdose medicamentosa foi o método usualmente utilizado por quase todos deste grupo, mas também reportaram o enforcamento e tentativa de explodir um gás de cozinha. Também neste episódio, a primeira tentativa ocorreu entre os 12 e 16 anos de idade. Todavia, a mãe de Bernardo destacou que o primeiro episódio em que o filho tomou uma atitude mais violeta contra si mesmo, o que levou a sua internação, se deu aos 7 anos de idade.

As duas adolescentes que reportam exclusivamente o comportamento de autolesão afirmam já terem tido ideação suicida, mas não era frequente, mas não tiveram o impulso de cometer o ato:

“é, foi uma ou duas vezes só que aconteceu.” (Júlia, POA, 14 anos, autolesão e ideação suicida).

“ ‘eu vou tomar remédio e cortar meu pulso’, só que eu acabei, tipo, eu não tive coragem.” (Emma, 14 anos, Dourados, autolesão e ideação suicida)

Sobre a **motivação** subjacente ao comportamento autolesivo, todos mencionaram o ato de se cortar como uma forma de lidar com a tristeza, a ansiedade e a raiva,

proporcionando-lhes alívio. Também foi bem comum relatos de “analgésia total ou parcial durante e após a automutilação”, o que estaria relacionado ao sistema opióide endógeno, pois, quando sua ativação é aumentada, aumenta a concentração de opióide, o que levaria a diminuição da percepção da dor (GIUSTI, 2013, p. 32). Além da sensação de alívio diante de sentimentos negativos intensos, alguns adolescentes relataram que este comportamento é movido pela necessidade de gerar sentimento/sentir algo (mesmo que seja dor), de autopunição e de entorpecimento:

“Não, eu não sinto nada. Eu não sinto dor. Basicamente, quase. Mas alivia sim, tu percebe que alivia depois que, tipo, tu tá fazendo um negócio que tu tá concentrado, aí tu para de chorar, tu para, esquece tudo.”(Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“Eu queria, ah sei lá. Eu queria tirar alguma coisa, ficar leve. Quando eu me cortava, quando eu não conseguia dormir, eu me cortava e conseguia dormir. Parece que minhas ansiedades iam embora. [...] Antes de começar a me cortar? Ficava mal. Eu ficava triste, é, ansiosa, sei lá. Culpada, eu me sentia um incômodo na vida das pessoas.” (Nina, 15 anos, Dourados, autolesão e tentativa de suicídio)

“Eu me sinto mais aliviada. [*E você se corta quando, assim, quando você tá muito mal, como é que é?*] Quando eu tô bem mal e bastante estressada. E com raiva também. Passa.” (Emma, 14 anos, Dourados, autolesão e ideação suicida)

“Era um pouco de alívio e um pouco de dor. Porque eu gostava de sentir dor. Eu gostava, gosto até hoje, de ver os outros sofrer.”(Alice, 13 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“Na hora tu não sente, na hora tu sente um alívio, como se fosse... É, é que depende muito da situação. Tinha vezes que eu sentia alívio, tinha outras que era mais, tipo, pra me punir, então, não tinha um alívio, era mais pra eu sentir dor mesmo. E outra, teve uma época em que eu não conseguia sentir nada, sabe? Então eu só sentia os cortes, então era a única coisa que eu conseguia sentir.” (Laura, 17 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

Apesar dos adolescentes majoritariamente exporem que seu comportamento autolesivo tinha como função principal obter alívio a um estado afetivo negativo- marcado pela vivência de emoções desagradáveis, tais como: ansiedade, tristeza, raiva e angústia-, na concepção dos pais e/ou cuidadores, a sua principal motivação era chamar atenção ou obter algum bem material, denotando uma postura de desvalorização do sofrimento do adolescente:

“... porque ele sempre quer alguma coisa, ele já começa os sintomas assim, que ele quer alguma coisa. Ah, ele quer um celular caro e eu digo: “não”. Eu já percebi que é sempre... Quando não que ele quer e sempre quer as coisas mais caras. “Ah, porque meu colega”, “não, Bernardo, não”, e ele vem com toda aquela ... e acabava ganhando.” (Mãe Bernardo, 14 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“Ou ela quer fazer alguma coisa, eu não sei se é chateação, ou ela usa já pra me fazer chantagem, né... Quando ela quer fazer alguma coisa... Tipo, quer descolorir o cabelo. Eu

não deixo, daí ela fica falando... Essas coisas, sabe... Que quer fazer, e fica triste... Aí eu não sei também porque na psicóloga falou, tem ela, tem isso, mas também tem que ver o que que é, se é chantagem, sei lá... Porque às vezes ela quer uma coisa, ela quer, quer, e ela fica falando... que vai fazer não sei o que, e você vai e faz tudo as vontade dela né, e você não pode fazer isso. Então se você falar uma coisa “não”, seja não, seja firme né. Às vezes eu falo não, daí ela fica triste, daí eu tenho medo dela recair, eu falo: Ah tá, faz...” (Mãe Emma, 14 anos, Dourados, autolesão e ideação suicida)

“Ela sempre eu acho que ela se sentia meia, assim, meio inferior, eu acho. Que ela não consegui se relacionar muito. Mas até então, ou então ela queria chamar muito a atenção pro lado dela. Aí quando ela ficou maior, aí ela quis assim, chamar muito a atenção pro lado dela, e aí ela começou a fazer coisas assim, pra chamar atenção, e até hoje é assim, você entendeu? Ela quer chamar a atenção da gente.” (Avó Nina, 15 anos, Dourados, autolesão e tentativa de suicídio)

O rompimento afetivo teve destaque na fala de Nina como motivação para a autolesão:

“Eu nunca fui de me cortar. Foi uma vez que eu fugi com um carinho e eu nunca tinha, nunca, nunca tinha usado nada de droga, essas coisa, e ele me ofereceu uma vez, droga. Aí eu usei, eu, aí eu comecei a gostar dele, não sei porquê. Aí minha mãe descobriu, aí ela foi me buscar com a polícia, lá na casa dele, não deixou eu ficar com ele. Aí eu fiquei revoltada da minha vida, comecei a me cortar, comecei a querer sair, beber, querer imitar ele. [...] até hoje eu gosto dele. Ele namorou com outra guria. Eu descobri isso aí, eu vi a foto no Facebook, aí eu já fiquei mal [...]”. (Nina, 15 anos, Dourados, autolesão e tentativa de suicídio)

As motivações para os episódios de comportamento de autolesão são muito semelhantes a tentativa de suicídio:

“eu não tava me sentindo bem com as pessoas que eu tava convivendo [...] parecia que todo mundo tava nem aí, entende?” (Alice, 13 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“Eu tava jogando vôlei e ele [amigo] passou e tocou a mão na minha bunda. Aí eu contei para o meu namorado, né? [...] Aí eu achei que ele ia terminar comigo, mas ele não ia terminar comigo, só tava isso na minha cabeça. Eu tinha tomado algumas coisas e tipo: ‘tá, agora eu vou morrer’. Só que eu não ia, eu sabia que eu não ia, sabe? Aí depois eu não queria que os, eu não queria que os, que o meu avô e a B. descobrissem que tinha alguma coisa, sei lá, alguma coisa ruim, sabe? Eu só fui lá e tomei mais, porque se acontecer alguma coisa eles não iam saber do que que era, tipo, que tinha acontecido alguma coisa assim sabe?” (Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

A mudança dos estados afetivos é a justificativa recorrente para a prática da autolesão, com relatos que reforçam a correlação entre a vivência de sentimentos negativos antes e a sua diminuição após o ato, mesmo que temporariamente. O que, segundo a “*abordagem funcional*” proposta por Nock e Prinstein (2004), é caracterizado por regulação emocional – para alcançar a redução da tensão ou outro estado afetivo negativo, o sujeito se fere. Tal abordagem ainda propõe que o ato de se lesionar não é restrito a

dimensão afetiva, mas abarca também motivações interpessoais (ex: obter atenção e ajuda, pertencer a um grupo). Mas, um mesmo indivíduo pode relatar mais de uma função ao seu comportamento autolesivo (SCOLIERS et al., 2009) e a frequência da autolesão não-suicida estaria mais fortemente relacionada ao número de razões que levam o adolescente a se lesionar (SARAFF; TRUJILLO; PEPPER, 2015).

Após o corte contra si mesmo, sentimentos de vergonha, culpa e fracasso são relatados pelos adolescentes:

“Quando a gente vê os nossos cortes, a gente se sente mal, a gente se sente fracassado por a gente ter deixado aqui acontecer, sabe? E acaba fazendo de novo, sabe? E aí vai vindo outros motivos e como sabe que aquilo te alivia a dor...” (Julia, 14 anos, POA, autolesão e ideação suicida)

A busca por outras atividades como o desenho como forma de distração ou interrupção do comportamento autolesivo foi destacado por três adolescentes. Quando questionada sobre a razão subjacente ao fato de ter deixado de se cortar, Alice diz: *“porque eu vi que a vó tava ficando muito mal, quando eu fazia isso”*. Além disso, a adolescente relatou que não apenas deixou de se cortar, como *“desabafava”* com o desenho. Nina explicitou também que não se corta mais, substituindo o ato pelo uso de maconha, que a acalmava: *“Depois eu comecei a fumar maconha e não me cortei mais. [...] Daí eu também parei, porque um amigo meu, eu tenho um amigo meu que falou que se eu me cortasse não ia mais andar comigo. Aí eu parei.”*

A dimensão emocional e psiquiátrica: como se sentem?

Apesar de não ter consenso, segundo o DSM V (APA, 2014), a autolesão é entendida como uma dimensão psiquiátrica com critérios próprios, não sendo explicada por outro transtorno mental ou condição médica. Também ocorre como comorbidade a outros transtornos (CIPRIANO; CELLA; COTRUFO, 2017), o que é tomado como sendo a “regra”, ou seja, vai aparecer de modo simultâneo a algum transtorno (GIUSTI, 2013). Todavia, tal relação é complexa e tem sido alvo de debate, pois a autolesão estaria relacionada a outros transtornos psiquiátricos por compartilharem etiologias semelhantes (NOCK, 2009).

Adolescentes que praticam a autolesão têm importante sofrimento emocional, com possibilidade de diagnóstico para o transtorno do humor, principalmente a depressão;

transtorno de personalidade, por exemplo o borderline; o transtorno de ansiedade, transtorno alimentar, dentre outros (CIPRIANO; CELLA; COTRUFO, 2017). Neste estudo, sintomas depressivos, ansiosos, de bipolaridade, agressividade e impulsividade foram muito frequentes nas narrativas dos adolescentes e suas famílias ao reportarem sobre a forma dos primeiros se expressarem e estarem no mundo. Dois deles tiveram diagnóstico de depressão, sendo um associado à obesidade, e um outro de transtorno bipolar. Foi muito comum um sentimento significativo de menos valia, de tristeza, de culpa, de impulsividade e de oscilação de humor:

“eu sempre soube que eu tinha alguma coisa. Eu era muito triste, eu sempre fui muito... não sempre, quando eu era pequena eu era feliz, mas... Eu era mais triste do que o normal.”(Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“eu sou calma, só que aí quando eu saio fora, eu perco, eu fico com tanta raiva que eu nem sei o que eu tô fazendo mais[...] Quando alguém me tira do sério, eu, sei lá. Tenho vontade de matar a pessoa.”(Nina, 15 anos, DOU, autolesão e tentativa de suicídio)

"eu não sei o que eu sinto mais."(Alice, 13 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

A mãe de Bernardo diz que, desde a primeira infância, o filho se irritava com facilidade e apresentava uma tristeza profunda. A partir dos 7 anos de idade, percebeu que ele passou a demonstrar maior agressividade e dizia: “*que a vida dele não é nada, que não tinha sentido*”. Além disso, metade dos adolescentes relatou que viam pessoas e ouviam voz, além de um deles apresentar delírio persecutório:

“eu vejo pessoa me observando na rua, mas aí, sei lá. Tipo, eu falo: ‘olha, aquele cara ali’ e minha amiga: ‘mas não tem ninguém ali’.” (Emma, 14 anos, Dourados, autolesão e ideação suicida)

“Eu não sei o que que eu tenho na minha cabeça, que às vezes eu fico ouvindo coisas e eu vejo coisas também. Ela [voz] manda eu fazer tal coisa. Só eu. Eu já pedi pra minha prima tentar, mas ela não consegue. Mas eu não sei assim. Porque eu sinto medo dela também. Das coisas que ela fala dos outros que tão a minha volta.” (Alice, 13 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

As famílias: como se configuram e se relacionam

Em relação à **dinâmica e estrutura familiar**, o histórico de divórcio ou a separação parental nos primeiros anos da infância foi um fator recorrente em relação a composição familiar dos adolescentes entrevistados. O abandono afetivo (de um dos pais ou de ambos) e os conflitos com o pai e/ou a mãe ou com um dos cuidadores marcaram os relacionamentos estabelecidos no núcleo familiar. Foi muito recorrente os adolescentes já

terem vivido na casa dos avós ou mesmo de terem sido criados por eles desde muito cedo, fazendo com que esses familiares ocupem lugar central de apoio e cuidado para os adolescentes entrevistados. O relacionamento com o pai e a mãe denota ser muito frágil, com pouco contato e interesse, menos ainda com o pai. Este difícil relacionamento é deflagrado desde os primeiros anos de vida dos adolescentes.

É consenso que o estabelecimento de relacionamentos seguros e estáveis com os pais e um seguro suporte familiar são fatores protetivos às alterações emocionais e à saúde mental de crianças e adolescentes (MOMBELLI et al., 2011; WAGNER et al., 1999). A avaliação do suporte influencia a forma como a criança avalia a si mesma, as informações provindas do meio externo e a forma que reage a elas (MOMBELLI et al., 2011). O ambiente relacional inseguro e instável de boa parte das famílias entrevistadas propicia a baixa autoestima, a alta sensibilidade emocional a situações conflituosas e estratégias pouco eficientes de manejo de situações conflituosas e das emoções (MOMBELLI et al., 2011). A presença do suporte familiar não necessariamente está associada à composição familiar (se a sua estrutura envolve pai, mãe e filho/s), mas a percepção de que a família se apresenta enquanto instância mediadora entre indivíduo e sociedade, amortecendo os impactos sociais dessa relação e fornecendo recursos para lançar um indivíduo seguro para o mundo (MOMBELLI et al., 2011).

Dialogando com este achado, estudo etnográfico realizado com adolescentes que se feriam da periferia de Fortaleza (no período de 2011 a 2012) constatou que os conflitos, a negligência afetiva, o abandono e a não aceitação dos pais ou cuidador foram pontos de destaque em relação ao contexto familiar de jovens que se lesionavam (CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2013). Outros fatores marcantes são a menor conectividades com os pais, a fuga de casa (TALIAFERRO et al., 2012) e o testemunho de violência ou abuso de substância na família (WALSH, 2012).

O histórico de abuso físico, emocional e sexual têm tido destaque na literatura por sua correlação com o comportamento autolesivo (CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2013; GIUSTI, 2013; KLONSKY; VICTOR; SAFFER, 2014; TALIAFERRO et al., 2012). Dentre as formas de violência, a sexual tem mostrado associação mais modesta com a autolesão (KLONSKY; MOYER, 2008; KLONSKY; VICTOR; SAFFER, 2014). Neste estudo, episódios de violência também foi um fator de destaque. Houve quem presenciou violência entre os pais (em certos casos, associada ao uso abusivo de substâncias ilícitas ou

álcool), vivenciou a violência psicológica, bem como relatos de abuso sexual (o qual foi considerado nesse tópico por ter sido praticado por pessoas de confiança e do círculo familiar):

“[...] ela já culpa o pai, já culpa a mãe, que ninguém dá bola pra ela, que ninguém gosta dela, que ela foi abandonada.”(Alice, 13 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“Teve episódios dele até quebrar prato na cabeça da minha mãe, dele, teve uma briga em que ele empurrou a minha mãe contra a parede, então o meu irmão se voltou contra ele e meu pai bateu no meu irmão, então minha mãe foi...era muito, ele roubava coisas de casa pra comprar drogas...” (Laura, 17 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“Eu acho que foi, assim, eu e a minha mãe, a gente brigava muito, sabe? Por causa da casa, por causa de muita coisa, sabe? E isso me deixava muito mal, porque era uma coisa que, eu, eu amo minha mãe, sabe? E eu não gostava de brigar com ela. E sempre, o meu relacionamento com a minha mãe foi um motivo pra eu começar a me, as nossas brigas.” (Julia, 14 anos, POA, autolesão e ideação suicida)

Algumas das desavenças e distanciamentos parecem ser ocasionados pelo temperamento mais introspectivo ou explosivo do adolescente:

[quando questionado como era o relacionamento dela com a família, o avô diz:]
“praticamente não existe esse relacionamento, A Eduarda vive nesse mundinho dela.” (Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

Histórias de abuso sexual provocadas por padrastos e vividas pelas adolescentes foram comuns, acompanhadas por sentimento de vergonha e o medo em compartilhar com a família a situação vivida:

“aí quando chegava à noite eu não conseguia dormir, eu ficava acordada. Eu tinha medo [dele fazer alguma coisa].” (Nina, 15 anos, DOU, autolesão e tentativa de suicídio)

“que ele conseguiu mais, foi uma. Agora, ele tentava. Ele sempre tentou comigo e com a minha prima.”(Alice, 13 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

Mortes e adoecimento severo de figuras importantes também foram citados, como é o caso de Laura, que cuida da sua mãe desde 2015, quando teve um aneurisma, e perdeu sua avó por câncer nesta mesma época, o que também exigia seus cuidados. Por conta disso, toda a sua rotina se transformou e, na ocasião, se sentiu perdida e teve de contar com o apoio da família.

Uma adolescente comenta que o relacionamento com a mãe de seu namorado também era fonte de conflito e sofrimento:

“Eu me cortei hoje por causa da mãe do C. Porque ela falou que eu tinha muita atitude

infantil e eu tava deixando ele mal e falou que ia proibir ele de falar comigo, por causa do meu jeito, assim, e também por causa de umas coisas. Eu fiquei muito brava. E eu já estava meio triste, por causa de um amigo meu que brigou comigo, aí eu voltei pra casa e fiquei muito triste.” (Emma, 14 anos, DOU, autolesão e ideação suicida)

Outro elemento de destaque no contexto familiar diz respeito ao caráter transgeracional do comportamento autolesivo e suicida, presente em cinco dos oitos casos estudados:

“A mãe dela, quando menor, ela se cortava. Quando eu namorava com ela. Ela se cortou uma ou duas vezes. Com um gilete. Isso, quando a gente era namorado ainda. Tinha dezessete, dezesseis anos. Quinze anos, por aí.” (Pai Ângela, 12 anos, POA, tentativa de suicídio e autolesão)

“*[mais alguém na família que já cometeu suicídio?]* O meu irmão. Esse ano. [...] também tomou uns remédios umas, injetou, não sei o que era. Só que ele ficou desmaiado uns três dias.” (Alice, 13 anos, POA, tentativa de suicídio e autolesão)

“E esse irmão do [pai da Júlia], ele foi casado com uma, com uma moça durante algum tempo, que eles têm até um casal de filho, dois filhos que são primo delas, ela cometeu suicídio agora no início do ano. [...]eu tive problemas psicológicos e, e, e fui diagnosticada com transtorno, eu também tive tentativa de suicídio. [...] Eu tomei medicação.” (Mãe Julia, 14 anos, POA, autolesão)

“*[Você disse que tem um irmão que faleceu, né?]* [...] foi esse ano em janeiro. Foi suicídio. [...] É, é que a nossa família foi complicada desde o começo, então...ele era militar do Quartel, ele fez no Quartel.” (Laura, 17 anos, POA, tentativa de suicídio e autolesão)

“*[alguém, na família, teve tentativa de suicídio?]* E a esposa dele [irmão do pai] mo... morreu, também. Suicidou-se. Com vinte e cinco anos. E ele, três dias depois que ela tava enterrando, ele tentou suicídio. Ela a gente não conseguiu salvar e ele a gente conseguiu reverter.” (Mãe Bernardo, 14 anos, POA, tentativa de suicídio e autolesão)

Walsh (2012) destaca que o ambiente familiar transmite mensagens às crianças via modelação, reforço, punição e extinção. Assim, o padrão de comportamento autodestrutivo no ambiente familiar é ameaçador e pode transmitir a ideia de que a vida é dolorosa e não vale a pena ser vivida; de que comportamentos autodestrutivos podem aliviar a angústia; e que outras pessoas não são capazes de ajudá-los a lidar com suas dores.

Relacionamento com os pares

A escola surgiu como o principal espaço de construção de vínculos e, ao mesmo tempo, de conflitos entre os pares. Em geral, os adolescentes não têm um grupo de amigos extenso, muito em decorrência do seu temperamento mais fechado, reservado e introspectivo, além dos conflitos entre eles e das cicatrizes dos próprios cortes, que afastam as pessoas:

“[...] até hoje a Eduarda é muito poucos amigos. Poucos amigos, assim, é, tanto é que até agora, se tiver, é, ela tem uma amiga que ela gosta, que era desde quando era, era do colégio que ela era pequena.”(Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

“não era aquela cheio de amigos, não, no máximo um, dois conhecidos [...] eu comecei a me afastar bastante de tudo [quando se dedicou aos cuidados da avó] e, elas também, as amigas que eu tinha, começaram a se afastar tipo, não, não procuraram saber se eu estava bem [...]”. (Laura, 17 anos, POA, tentativa de suicídio e autolesão)

O isolamento social é um fator que contribui para o sentimento de solidão, o que pode desencadear ou exacerbar a autolesão (GUERTIN et al., 2001), pois leva a internalização de respostas emocionais e comportamentais (HAY; MELDRUM; MANN, 2010). Agravando esta situação, metade dos adolescentes relata experiências de *bullying* e *cyberbullying*⁴. Júlia, por exemplo, relatou que na infância tinha poucas amigas e associou tal fato ao *bullying* que vivenciou nos dois primeiros anos na escola. Segundo a adolescente, as ofensas giravam em torno do seu biótipo: “*por causa que eu era gordinha*”. O peso ainda era um fator de destaque em sua fala, quando relatou que se pesava todo dia e que isto era fonte de preocupação e de cobrança por parte dos pais: “*a vida da Julia é só as pessoas cobrando, ‘você tem que emagrecer, você tem que emagrecer, tu tem que emagrecer’...*”.

Similarmente, Nina contou que sempre foi uma boa aluna e que gostava de estudar, porém as implicações constantes interferiam em sua relação com os amigos. Relatou ainda que já havia sido expulsa de uma escola por reagir a um episódio de *bullying* e expôs que muitas amigas se afastaram e que a odiavam porque fazia uso de maconha:

“[...] elas [meninas de sua turma] me incomodam demais. Incomodam. Elas ficam na minha mente, tem hora que dá até vontade de sair da sala de aula e chorar. Não entrar mais naquela sala. [...] Elas fala que eu tenho cara de noitada, elas fala que depois as louca são elas que são louca. Elas fala muita coisa, que eu sou louca, nossa.” (Nina, 15 anos, DOU, autolesão e tentativa de suicídio)

Na mesma direção, Emma colocou que se identificava com determinado estilo musical, o que a fez adotar a mesma forma de se vestir e o corte de cabelo, o que gerou comentários e afastamento dos colegas. Tal situação a deixava triste e estressada:

“[...] eu tava mudando, assim, meu estilo, e tinha uma menina que ela era bem, bem, bem minha amiga... Aí, ela começou a falar mal de mim, assim, que eu era feia, que eu tava ficando feia, aí as pessoas também começaram a falar [...] eu tinha bastante amigo, aí quando eu comecei a mudar assim eles nem conversavam mais comigo.”(Emma, 14 anos,

⁴ O *bullying* envolve comportamentos agressivos, repetitivos e intencionais com o objetivo de hostilizar, ridicularizar e infernizar a vida de um ou mais sujeitos, podendo ocorrer nos diferentes espaços onde se dão as relações interpessoais, inclusive no ambiente virtual - o que caracteriza o *cyberbullying* (NARDI, 2015).

DOU, autolesão e ideação suicida)

Duas adolescentes ainda narraram episódios em que seus colegas criaram um grupo no *WhatsApp* com o objetivo de fazer críticas a seu respeito, gerando sentimento de tristeza, perda de amizades e desinteresse pelo espaço escolar:

“eu vi as conversas [...] eu fiquei bem *bad*. Aí eu me cortei e eu fiquei, tipo, muito mal.”(Emma, 14 anos, DOU, autolesão e ideação suicida)

“[...] eu descobri que ele [melhor amigo] falava mal de mim, que ele me chamava de um monte de coisa, que ele tinha, ele criou um grupo no Whats para falar mal de mim, inclusive.” (Eduarda, 16 anos, POA, autolesão e tentativa de suicídio)

É consenso que as experiências de *bullying* e *cyberbullying* geram consequências psicológicas (baixa autoestima, fobia social, ansiedade e depressão) e biológicas (insônia, enurese, ansiedade, dores de cabeça e dores abdominais) (SCHREIBER; ANTUNES, 2015), além de apresentarem correlação significativa com a autolesão e a ideação suicida. Desta forma, é preciso fomentar iniciativas de intervir no ambiente escolar não apenas inibindo a coibição e a remoção da vítima do ambiente escolar (SCHREIBER; ANTUNES, 2015). Desenvolver um trabalho de conscientização sobre o tema e de parceria com professores, pais e alunos é uma estratégia potente e possível para evitá-las (NARDI, 2015).

Muito embora a maior parte dos adolescentes destacou o distanciamento e a perda de amizades, tal fator não implicava em total ausência e estabelecimento de vínculos afetivos com pares. Nesse tocante, o **ambiente virtual** foi um espaço que lhes proporcionava a interação com outros adolescentes. As ferramentas digitais surgiram em meio as narrativas dos jovens não apenas associadas às experiências de *cyberbullying*, mas como meio de interação. Nesse tocante, o acesso a sites com conteúdos sobre autolesão ou suicídio, a participação em grupos via *WhatsApp* ou *Facebook*, o compartilhamento de conteúdo com os pares com imagens de seus cortes e assistir vídeos on-line sobre o tema foram práticas habituais citadas:

“tem um amiguinho dela que mostrou, ai, se cortou os dois braços bem fundo e mostrou, chega tava sangrando, e ele pega e tira foto e mandou pra ela né. [...] Manda pelo coisa lá do *Whats...*” (Mãe de Emma, 14 anos, DOU, autolesão e ideação suicida)

“era só disso [suicídio], de pessoas que queriam desabafar.” (Ângela, 12 anos, POA, tentativa de suicídio e autolesão)

“... eu tinha visto um vídeo de uma garota falando que aliviava, eu falei: ‘ah, vou ver’.Aí eu tinha uma amiga também que se cortava, só que ela falava pra mim não me cortar porque senão eu não ia mais conseguir parar. Mas eu fui lá e...” (Emma, 14 anos, POA, autolesão e

ideação suicida)

“Eu pensava[em morrer enforcada], só que aí eu parei de pensar, porque agora eu tô pensando em me matar pulando de um... de algum lugar muito alto. [...] eu vi um vídeo de uma pessoa pulando de cima, é, de um cara, não pulando, ele tava numa ponte bem alta, num rio, e eu achei muito bonito aquilo lá.”(Nina, 15 anos, Dourados, autolesão, tentativa e ideação de suicida)

É característica da adolescência a criação e integração de grupos constituídos unicamente por pares com os quais compartilham escolhas e estabelecem critérios explícitos e práticos de interação (CALLIGARIS, 2000). Neste sentido, a maior parte dos participantes tende buscar nesses espaços o suporte emocional e social e o compartilhamento de conteúdos, de seus sentimentos e emoções (BRAGAZZI et al., 2013; EICHENBER; SCHOTT, 2017) com pares que partilham dos mesmos problemas:

“eles mais que ajuda [...] elas já passaram, assim, por essas coisas e agora, tipo, elas não querem mais, aí elas decidiram fazer um grupo para ajudar as pessoas que tão passando por isso.” (Emma, 14 anos, DOU, autolesão e ideação suicida)

A literatura destaca que o suporte recebido nos grupos on-line tende a favorecer a construção de uma crença positiva em relação a função desses espaços e a vivência de um efeito psicológico positivo (HARRIS; ROBERTS, 2013). Todavia, para um grupo menor de usuários, a participação em comunidades on-line pode ocasionar um impacto mental negativo e servir de gatilho, principalmente para aqueles que buscam obter informações e saber a respeito de estratégias e métodos de autolesão (EICHENBER E SCHOTT, 2017). Assim, o comportamento autolesivo não seria apenas uma prática capaz de dar ao grupo um senso de pertença e identidade (ARCOVERDE, 2013).

A exposição à autolesão de adolescentes em situações de maior vulnerabilidade tem despertado interesse, pois, além de comumente se identificarem com seus pares, eles podem compreender a autolesão como uma estratégia eficaz de enfrentamento (JARVI et al., 2013). Nina e Emma, por exemplo, mencionaram a visualização de vídeo on-line sobre autolesão e suicídio e destacam a influência desta experiência para a ideação suicida e o início do comportamento autolesivo. O conteúdo com mensagem duvidosa, de natureza gráfica, rico no uso de expressão artística e com personagens bem articulados pode favorecer a identificação, a normalização e a glamourização da autolesão de expectadores vulneráveis (LEWIS et al., 2011).

Outro fator destacado é que, tanto no ambiente on-line quanto off-line, vários adolescentes mencionaram ter amigos que se lesionavam, que já haviam tentado o suicídio

ou chegado às vias de fato. Fato é que a prática da autolesão é pauta de conversa e prática comum entre aqueles que circulam os diversos espaços frequentados por grupos de adolescentes e as redes sociais virtuais atraindo a atenção de jovens que se identificam com tal prática.

O ato de se ferir faz parte do comportamento suicida?

A ideação ou as tentativas de suicídio estiveram presentes nos relatos de todos os adolescentes entrevistados. Quase todos já tinham tentado suicídio e duas adolescentes relataram apenas pensar sobre. Apesar de serem compreendidos como fenômenos distintos, estudos clínicos e de base populacional sugerem que muitas vezes adolescentes que se lesionam apresentam ideação ou histórico de tentativa de suicídio (GUERTIN et al., 2001; KLONSKY; VICTOR; SAFFER, 2014; MUEHLENKAMP; GUTIERREZ, 2007).

Neste trabalho, cinco adolescentes apresentaram histórico de autolesão anterior à tentativa. Whitlock et al. (2013) explica que a autolesão não suicida pode preceder ou co-ocorrer com a ideação e o comportamento suicida e que tal relação independe de uma terceira variável ou fator de risco associado a tais práticas.

Buscando entender o porquê que algumas pessoas que se engajam no comportamento autolesivo apresentam ideação ou tentam o suicídio e outras não, Hamza et al. (2012) organizaram três modelos explicativos: a Teoria do Comportamento em Escala (*The Gateway Theory*); a Teoria da terceira Variável (*The Third Variable Theory*); e a Teoria da Capacidade Adquirida para o Suicídio de Joiner (*Joiner's Theory of Acquired Capability to Suicide*). Ainda propuseram um quarto modelo com base nas características dos três anteriores: um Modelo Integrado (*Na Integrated Model*).

A *Teoria do Comportamento em Escala* concebe a relação entre autolesão e suicídio ao longo de um **continuum**. Nesse contexto, a autolesão precede o suicídio e este, por sua vez, decorre do comportamento autolesivo que ocorre em uma escala e que pode levar a formas mais extremas de autodano. Já a *Teoria da Terceira Variável* propõe a **co-ocorrência** entre autolesão e suicídio, por conta de uma terceira variável compartilhada, por exemplo: um transtorno psiquiátrico, percepção do nível do sofrimento psicológico (depressão, ideação suicida, menor autoestima e menor apoio dos pais) e fatores biológicos (disfunção no sistema serotoninérgico na autolesão). Por último, Hamza et al. (2012)

identificaram a *Teoria da Capacidade adquirida para o Suicídio de Joiner*, que concebe a autolesão como um **preditor** ao suicídio. Neste, três condições são necessárias para o suicídio ocorrer: (a) a habituação a dor, onde ao longo do tempo, as pessoas adquirem capacidade de cometê-lo realizando atividades preparatórias e desinibidoras, as quais permitem o sujeito adquirir coragem ou destemor em relação ao suicídio. Neste contexto, é caracterizada como qualquer atividade que possibilite a pessoa se acostumar ao desconforto físico e angústia mental, como por exemplo, a autolesão; (b) a percepção de peso e incompetência, de que é um fardo e a crença de que os outros estarão melhor sem ele/ela; e (c) o pertencimento frustrado, que diz respeito ao sentimento de desconexão e alienação em relação aos outros (WALSH, 2012).

Baseando-se nos modelos anteriores, Hamza et al., (2012) propõem o *Modelo Integrado*, utilizando os principais pontos de cada perspectiva, por acreditarem que todas elas sejam relevantes para compreender a relação entre autolesão e suicídio. Sendo assim, o referido Modelo concebe a autolesão como uma maneira direta de prever o comportamento suicida (concepção abordada na *Teoria do Comportamento em Escala*); considera também que fatores de risco compartilhados prevejam tal associação (pautando-se na *Teoria da Terceira Variável*); bem como compreende a “capacidade adquirida para o suicídio” como um fator mediador entre a autolesão e o comportamento suicida (*Teoria da Capacidade Adquirida para o Suicídio de Joiner*).

Embora os adolescentes entrevistados tenham pontuado com precisão quando havia ou não intenção suicida subjacente ao ato de se cortar, é necessário considerar que a motivação a qual o indivíduo tem sobre seu comportamento pode não explicá-lo adequadamente, pois aquilo que de fato reforça seu comportamento pode não lhe ser consciente (SARAFF; TRUJILLO; PEPPER, 2015). Além disso, os limites entre o comportamento de autolesão e o tipicamente suicida são imprecisos. Desta forma, é fundamental considerar não apenas o auto relato relacionado à intencionalidade ou não suicida, mas observar a letalidade, a rapidez do método, a reversibilidade e a possibilidade de intervenção do ato (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013); além da expectativa em relação ao futuro e como percebem o suporte familiar e de pares (MUEHLENKAMP; GUTIERREZ, 2007; WHITLOCK et al., 2013).

Considerações finais

Este capítulo teve por objetivo analisar as motivações, o contexto familiar, social e pessoal, e o ato em si de adolescentes que lesionaram seus corpos. Ansiedade, tristeza e raiva precediam o ato de se ferir, e o alívio era a sensação alcançada, o que reforçava a repetição do comportamento autolesivo.

A predominância feminina e a opção pelos cortes como método autolesivo é uma tendência da literatura especializada. Os conflitos tiveram destaque tanto no ambiente familiar quanto no relacionamento com os pares, com destaque para as experiências de *bullying* e *cyberbullying* praticadas principalmente por colegas de escola. O peso, o uso de substâncias ilícitas, não ser correspondido amorosamente e as cicatrizes dos cortes foram as principais razões indicadas para as agressões.

Tais pontos evidenciam a importância que a escola tem enquanto canal facilitador do debate a respeito do tema do *bullying*, *cyberbullying* e da autolesão. Reforça o papel da família enquanto fonte de apoio e suporte, o que é tomado como importante fator protetivo e bem-estar na infância e na adolescência.

Por último, vale ressaltar que o fato do estudo ter partido de outro sobre comportamento suicida e a fonte dos casos pesquisados ter se dado nos serviços públicos de saúde dos municípios investigados, a natureza desses casos pode ter sido mais grave e mais complexa. O tema da autolesão impõe uma complexidade pela sua diversidade de facetas. Enquanto muitos dos casos de autolesão costumam se dá de maneira sigilosa, com ferimentos superficiais e tratadas pelo próprio adolescente, não evoluindo para o comportamento suicida propriamente dito; outros exigem uma intervenção mais incisiva pela ameaça implícita da vida do adolescente (ADLER; ADLER, 2007). Em ambas situações, a necessidade de cuidado por profissionais atentos é premente.

REFERÊNCIAS

- ADLER, P. A.; ADLER, P. The Demedicalization of Self-Injury: From Psychopathology to Sociological Deviance. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 36, n. 5, p. 537–570, out. 2007.
- ALMEIDA, C. *Auto-lesão, auto-mutilação e auto-agressão. A mesma definição?*, 2010. Disponível em: <<http://news.medicina.ulisboa.pt/2010/09/30/auto-lesao-auto-mutilacao-e-auto-agressao-a-mesma-definicao/>>. Acesso em: 9 jun. 2018
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARCOVERDE, R. L. *Autolesão e produção de identidades*. Dissertação (Mestrado)—Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 23 abr. 2013.
- ASSUMPCÃO, A. P. *O discurso da falta e do excesso: a automutilação*. Dissertação (Mestrado)—Pelotas, RS: Universidade Católica de Pelotas, 2016.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3^a reimp. da 1^a edição ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRAGAZZI, N. L. et al. A Content Analysis of Italian NSSI Web-sites. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 103, p. 19–27, nov. 2013.
- CALLIGARIS, C. *A adolescência*. São Paulo: PubliFolha, 2000.
- CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2039–2052, ago. 2012.
- CAVALCANTE, J. P.; CAVALCANTE, P. *Subcultura, juventude e autolesão: uma contribuição sociológica acerca do comportamento autodestrutivo*. In: Acta Científica XXIX Congresso de La Asociación Latino americana de Sociología. Chile: 2013
- CIPRIANO, A.; CELLA, S.; COTRUFO, P. Non-suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, v. 8, 8 nov. 2017.
- DA FONSECA, P. H. N. et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 246–258, 2018.
- DINAMARCO, A. V. *Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos expostos na internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação*. Dissertação (Mestrado)— São Paulo Universidade de São Paulo, 22 jun. 2011.
- EICHENBERG, C.; SCHOTT, M. Na Empirical Analysis of Internet Message Boards for Self-Harming Behavior. *Archives of Suicide Research*, v. 21, n. 4, p. 672–686, 2 out. 2017.
- FAVAZZA, A. R.; ROSENTHAL, R. J. Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatric Services*, v. 44, n. 2, p. 134–140, fev. 1993.

GIUSTI, J. S. *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese (Doutorado)— São Paulo: Universidade de São Paulo, 10 set. 2013.

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 213–222, jul. 2013.

GUERTIN, T. et al. Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 40, n. 9, p. 1062–1069, set. 2001.

HAMZA, C. A.; STEWART, S. L.; WILLOUGHBY, T. Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, v. 32, n. 6, p. 482–495, ago. 2012.

HARRIS, I. M.; ROBERTS, L. M. Exploring the Use and Effects of Deliberate Self-Harm Websites: An Internet-Based Study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 15, n. 12, p. e285, 20 dez. 2013.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, v. 379, n. 9834, p. 2373–2382, jun. 2012.

HAY, C.; MELDRUM, R.; MANN, K. Traditional Bullying, Cyber Bullying, and Deviance: A General Strain Theory Approach. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, v. 26, n. 2, p. 130–147, maio 2010.

HEATH, N. L.; TOSTE, J. R.; MACPHEE, S.-D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury. In: NOCK, M. (Ed.). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford library of psychology. New York: Oxford University Press, 2014.

HENRIQUES, R. A automutilação nas políticas públicas de saúde mental: um olhar através do biopoder e sociedade disciplinar foucaultiana. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 3, n. 6, 2018.

JARVI, S. et al. The Impact of Social Contagion on Non-Suicidal Self-Injury: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, v. 17, n. 1, p. 1–19, jan. 2013.

KLONSKY, E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, v. 41, n. 09, p. 1981–1986, set. 2011.

KLONSKY, E. D.; MOYER, A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, v. 192, n. 3, p. 166–170, mar. 2008.

KLONSKY, E. D.; VICTOR, S. E.; SAFFER, B. Y. Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 59, n. 11, p. 565–568, nov. 2014.

KRUG, E. G. et al. *World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde)*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LANG, C. E.; BARBOSA, J. F.; CASELLI, F. R. B. *Subjetividade, corpo e contemporaneidade*. Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO. *Anais...* In: Psicologia Social e Políticas de Existência: Fronteiras e Conflitos. Maceió: 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/236.%20subjetividade,%20corpo%20e%20contemporaneidade.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2018

LE BRETON, D. *A Sociologia do corpo*. 6^a ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2012.

LEWIS, S. P. et al. The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *PEDIATRICS*, v. 127, n. 3, p. e552–e557, 1 mar. 2011.

MADGE, N. et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 49, n. 6, p. 667–677, jun. 2008.

MOMBELLI, M. A. et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 28, n. 3, p. 327–335, set. 2011.

MUEHLENKAMP, J. J. et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 6, n. 1, p. 10, 2012.

MUEHLENKAMP, J. J.; GUTIERREZ, P. M. Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, v. 11, n. 1, p. 69–82, jan. 2007.

NARDI, S. *Bullying e cyberbullying: estratégias de prevenção no ambiente escolar pelo olhar dos professores*. Dissertação (Mestrado)—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

NOCK, M. K. Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, v. 18, n. 2, p. 78–83, abr. 2009.

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 72, n. 5, p. 885–890, 2004.

OLIVEIRA, T. A. DE. *Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?* Trabalho de Conclusão de Curso—Salvador - BA: Curso de Saúde Mental e Atenção Básica da Faculdade Bahiana de Medicina, 2016.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OTTO, S. C.; SANTOS, K. A. DOS. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psicol. rev.*, v. 25, n. 2, p. 265–288, dez. 2016.

SARAFF, P. D.; TRUJILLO, N.; PEPPER, C. M. Functions, Consequences, and Frequency of Non-suicidal Self-Injury. *Psychiatric Quarterly*, v. 86, n. 3, p. 385–393, set. 2015.

SCHREIBER, F. C. DE C.; ANTUNES, M. C. Cyberbullying: do virtual ao psicológico. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, v. 35, n. 88, p. 109–125, jan. 2015.

SCOLIERS, G. et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 44, n. 8, p. 601–607, 1 ago. 2009.

SIMIONI, A. R. *Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna*. Dissertação (Mestrado)—Porto Alegre- RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

TALIAFERRO, L. A. et al. Factors Distinguishing Youth Who Report Self-Injurious Behavior: A Population-Based Sample. *Academic PEDIATRICS*, v. 12, n. 3, p. 205–213, maio 2012.

THYSSEN, L. S.; VAN CAMP, I. Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. v. 37, n. 2, p. 5, 2014.

WAGNER, A. et al. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 1, p. 147–156, 1999.

WALSH, B. W. *Treating Self-Injury, Second Edition: A Practical Guide*. [s.l.] Guilford Press, 2012.

WHITLOCK, J. Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, v. 117, n. 6, p. 1939–1948, 1 jun. 2006.

WHITLOCK, J. et al. Nonsuicidal Self-injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American College Health*, v. 59, n. 8, p. 691–698, nov. 2011.

WHITLOCK, J. et al. Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, v. 52, n. 4, p. 486–492, abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Geneva: WHO, 2016.

5.2. Capítulo 2

Violência autoinfligida e redes sociais virtuais

Aline Gonçalves, Kathie Njaine, Joviana Avanci, Fernanda Serpeloni

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (KRUG et al., 2002), as autolesões (também conhecidas como automutilações) e o comportamento suicida configuram o grupo de violência autoinfligida ou autoprovocada. As autolesões envolvem danos intencionalmente causados ao próprio corpo, sem necessariamente envolver a intenção suicida consciente, tais como: os cortes (*cutting*), as queimaduras, os arranhões, rasgar ou puxar a pele ou o cabelo, as tentativas ou a fratura de fato de um osso (WHITLOCK, 2006), bater partes do corpo contra a parede ou objetos e cutucar ferimentos (GIUSTI, 2013). O comportamento suicida, por sua vez, abarca os pensamentos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado (KRUG et al., 2002). Este capítulo tem como **objetivo** refletir sobre o papel da internet e da comunicação nas redes sociais virtuais sobre o tema da autolesão, tentativa e o suicídio consumado entre adolescentes que apresentam esses comportamentos.

Desde sua expansão mundial na década de 90 do século XX, a internet tem sido alvo de questionamentos e investigações com posicionamentos que divergiam a respeito dos seus efeitos sobre os relacionamentos humanos, ora tido como fator negativo, ora como uma forma singular de sociabilidade (CASTELLS, 2003; NICOLACI-DA-COSTA, 2005). Com ela, a ideia de rede ganhou força mediante a intensa interação e conexão estabelecidas nestes ambientes, os quais ampliou as conexões, permitiu maior discussão e difusão da informação, deu voz às pessoas, possibilitou a construção de novos valores sociais e o acesso aos mesmos (RECUERO, 2015).

Diante de seu intenso poder de mobilização, permitiu também a transposição das barreiras entre o “mundo físico” e o “mundo on-line”, onde as interações ocorrem em um contexto de complementaridade e de interferências entre eles, pois “assim como o mundo real é levado para as redes sociais digitais, as discussões on-line tem o potencial de gerar atitudes e ações no mundo físico” (MARTINO, 2014, p. 58). Nesse sentido, o impacto de

seus usos tem sido sentido nas diversas esferas da vida, devido a produção e o compartilhamento de práticas e discursos com significados que alcançam múltiplos receptores e infundáveis redes (CASTELLS, 2013).

Os jovens, por sua vez, são os mais familiarizados com o mundo virtual. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), no ano de 2016, no território brasileiro, constatou que 82,5% dos jovens entre 14 a 17 anos utilizavam a internet e os grupos etários de 18 ou 19 anos e 20 a 24 anos, apresentaram percentuais semelhantes - 85,4% e 85,2%, respectivamente (IBGE, 2018). A Pesquisa *TIC KidsOn-line* Brasil (“Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017”, 2018), a qual é conduzida anualmente desde 2012 com o objetivo de mapear os possíveis riscos e oportunidades on-line, gerando indicadores sobre o acesso à internet e os usos feitos por crianças e adolescentes de 9 a 17 anos, constata que o número de crianças e jovens conectados no Brasil tende a crescer anualmente e, em 2017, 85% da população entre 9 e 17 anos era usuária de internet. O telefone celular foi o principal dispositivo de acesso e as atividades de comunicação (envio de mensagens instantâneas e uso de redes sociais), de educação e a busca de informações (pesquisa para fazer trabalhos escolares e consumo de notícias on-line) foram as mais realizadas por essa faixa etária.

No tocante à exposição de crianças e adolescentes a conteúdos inadequados ou nocivos na rede, a pesquisa revela também que 39% do público entre 9 a 17 anos viram formas de discriminação na internet no ano anterior, 8% afirmaram que se sentiram discriminados ou que sofreram preconceito na internet e 14% declararam ter visto imagens ou vídeos de conteúdo sexual. Entre os adolescentes de 11 e 17 anos, 19% foram expostos a conteúdos sobre aparência física (formas de emagrecer); 15% tiveram acesso a conteúdos relacionados com formas de machucar a si mesmo, 13% com formas de cometer suicídio e 10% com assuntos relacionados à experiência ou uso de drogas.

Nos últimos anos, concomitante ao aumento da acessibilidade da internet e da comunicação on-line, especialistas têm alertado o crescente número de sites voltados para o comportamento autolesivo e o suicida (GOMES et al., 2014) e de comunidades no *Facebook* e vídeos no *Youtube* sobre autolesão entre os jovens brasileiros (SILVA, 2016; SILVA; BOTTI, 2018). O *WhatsApp*, por sua vez, também tem sido espaço de encontro entre aqueles que se lesionam e apresentam comportamento suicida e, quando comparado a

páginas no *Facebook* e *blogs* que versam sobre o tema, os grupos fechados no referido aplicativo tem se tornado mais atrativo aos jovens que praticam a autolesão (SILVA, 2016).

As comunidades virtuais e os vídeos sobre autolesão e comportamento suicida têm dupla função. Por um lado, têm permitido o surgimento de “espaços subculturais seguros” para aqueles que se ferem e tem comportamento suicida (ADLER; ADLER, 2012), configurando-se como locais onde encontram pares que compartilham dos mesmos interesses e problemas, expõem o como e o porquê de tais práticas, os objetos que utilizam para se ferir e fotos dos próprios cortes (ASSUMPCÃO, 2016).

É onde compartilham experiências difíceis sem se sentirem condenados, há trocas solidárias, reconfortantes e compreensivas. Por outro lado, é igualmente colocado que as discussões nesses espaços podem apresentar um teor destrutivo, pela troca detalhada de formas de suicídio e por exortarem esse plano, podendo haver também a perpetração de *cyberbullying* e insultos, impactando negativamente sujeitos que já se sentem vulneráveis (WESTERLUND, 2013). Favorecem assim, um “fluxo de vozes polifônicas”, por agregar conteúdos de apoio misturados a elementos negativos, o que exige um olhar equilibrado, sem focar unicamente nos riscos que as mídias digitais podem oferecer (DURKEE et al., 2011).

Compreender **como** esses jovens se comunicam sobre a autolesão e o comportamento suicida na internet é um fator importante para delinear estratégias e recursos preventivos on-line (WESTERLUND, 2013). É um fator que pais, professores, clínicos e o poder público têm de operar em conjunto considerando que as mídias digitais cada vez mais fazem parte da rotina de crianças, adolescentes e jovens.

Ambiente on-line e violência autoinfligida: experiências de jovens com as mídias digitais

Nesta seção pretendemos discutir a relação de adolescentes com a internet, em particular com as redes sociais virtuais e suas implicações com a violência autoinfligida, a partir dos relatos de casos de seis entrevistadas, todas meninas entre 12 e 18 anos de idade: quatro adolescentes relataram o comportamento autolesivo associado ao comportamento suicida (tentativa e/ou ideação suicida); uma tentou suicídio e outra consumou o ato por enforcamento. Todas elas destacaram o uso da internet e a participação em comunidades

virtuais no *Facebook* e em grupos do aplicativo de *WhatsApp*. Cortar os braços e outras partes do corpo foi o método de autolesão mais utilizado pelas adolescentes e, no que concerne as tentativas de suicídio, a ingestão de medicamentos predominou. Os nomes das adolescentes para discussão dos casos são fictícios.

Esses casos, que mencionaram de forma direta o uso da internet, foram extraídos de um acervo de um estudo maior sobre o tema da violência autoprovocada, realizado em duas cidades brasileiras (Porto Alegre/RS e Dourados/MS) e que envolveu 30 participantes entre adolescentes e seus responsáveis. Tais cidades foram selecionadas por apresentarem elevado número de casos de suicídio em crianças e adolescentes segundo o DATASUS entre os anos de 2009 e 2015.

A “autópsia psicossocial” foi o método utilizado nas entrevistas com os adolescentes e suas famílias, que favorece a reconstituição das circunstâncias, dos fatores relacionados e das representações de cada caso. Esse método possibilita uma abordagem retrospectiva do caso, de tal forma que permite esclarecer as situações, a partir de fatos relevantes na vida do adolescente com comportamento de autolesão ou suicida e de seu contexto sociocultural, ajudando a desvendar seu universo relacional e as possíveis causas associadas a seu ato (CAVALCANTE et al., 2012).

Os instrumentos dirigidos para o adolescente e familiar abordaram questões de identificação do adolescente e do familiar entrevistado (ocupação, escolaridade, renda, tipo de moradia, entre outros); familiares (estrutura, funcionamento, relacionamento, eventos adversos, história de suicídio, religião e rede de apoio); biografia do adolescente que com o comportamento investigado (desenvolvimento na escola e no meio social, doenças, acompanhamento de profissional de saúde mental, temperamento, relações na escola, com amigos e na vizinhança), e sobre o ato propriamente dito.

Neste capítulo optou-se por uma descrição em narrativa de casos. Jovchelovitch e Bauer (2002) explicam que toda e qualquer experiência humana pode ser expressa na forma de uma narrativa. Esta é uma maneira de representar e interpretar uma dada história (NUNES et al., 2017), de comunicar e lembrar o que aconteceu sem se restringir a dimensão cronológica, mas implica também a configuração de um ‘enredo’, o que permite a construção de um todo, ligando as pequenas histórias e acontecimentos tanto no tempo, como no sentido – nos fornecendo assim, o contexto dos acontecimentos, atores,

descrições, objetivos, moralidade e relações que constituem a sua história (JOVCHELOVITCH;BAUER, 2002).

Baseando-se em tal perspectiva, se faz uma breve reconstrução da história das entrevistadas a partir da forma como são contadas e privilegiando os temas de interesse: autolesão, comportamento suicida e redes sociais virtuais.

Narrativa dos casos

Eduarda é uma menina de 16 anos, da cidade de Porto Alegre, e sua mãe engravidou dela na adolescência. Seus pais se separaram quando Eduarda tinha dois anos o que levou ela, a irmã mais nova e a mãe se mudarem para a casa do avô materno. Desde então, a adolescente reside com o avô e a sua esposa, avódrasta de Eduarda, enquanto que a sua mãe mora com um companheiro em outro bairro e a irmã, há cerca de dois meses, se mudou da casa do avô para morar com o pai em outra cidade. Eduarda relatou que tem muitos conflitos com a mãe e que era comum presenciar agressões entre ela e seu padrasto. Segundo a sua avó, a mãe de Eduarda é muito rígida, o que dificultava a comunicação entre elas. A pessoa que mais a apoia, segundo Eduarda, é a mulher do seu avô. Ela também gosta do pai, e acha que o fato dele ter sido usuário de drogas e ter recebido ajuda de psicólogos, tem mais empatia com os seus problemas de saúde mental, e sempre a “coloca pra cima”. Para essa adolescente há uma visão preconceituosa do avô e da mãe sobre o fato dela precisar de psicólogo ou psiquiatra, pois consideram que gente “louca” é quem precisa desses profissionais. A avó mencionou que Eduarda “tem aquelas crises de depressão muito forte” e que seu humor oscila com frequência, todavia, ela não foi diagnosticada formalmente pelo psiquiatra que a acompanha.

Na escola Eduarda disse ter brigado muito com seus amigos no passado. Por esta razão, não gosta de ir à escola e só tem uma amiga. Ela conta que tinha um colega da sua escola que considerava seu melhor amigo, porém descobriu que ele criou um grupo de *WhatsApp* para falar mal dela, principalmente da depressão que sofria e das marcas de cortes no braço. Essas mensagens deixaram a adolescente bastante abalada: “*Eu fiquei bem chocada, fiquei bem surpresa.*” O compartilhamento das mensagens negativas desse amigo com “outras milhares de pessoas”, também entristeceu Eduarda que disse que somente duas amigas não a denegriram no grupo. No seu relato, esse amigo também a assediava porque queria ficar com ela. Associa esse episódio à tentativa de suicídio, quando ingeriu uma

grande quantidade de medicamentos: *“Sim, é por causa desse meu amigo, inclusive. Que eu fiquei bem chocada. Eu tava jogando vôlei e ele passou e tocou a mão na minha bunda. Aí eu contei pro meu namorado, né?”* Na ocasião, o namorado brigou com ela porque ela não reagiu a esta situação. *“Aí eu achei que ele ia terminar comigo, mas ele não ia terminar comigo, só tava isso na minha cabeça...só que eu achei que a gente ia terminar e eu surtei.”*

Segundo Eduarda: *“foi a primeira vez que eu tentei alguma coisa, mas não a primeira vez que eu senti [vontade de cometer suicídio].”* Antes deste episódio, a ideação era motivada pelos conflitos com a mãe. Entretanto, a vivência com o grupo de *WhatsApp* da escola, principalmente por ter sido criado pelo então melhor amigo, parece ter sido um disparador relevante para a tentativa de suicídio.

A entrevista com seu avô também informou sobre um uso excessivo da internet por essa adolescente, e a suspeita de que ela participou do “jogo” Baleia Azul. O avô inclusive a levou a um posto de saúde quando desconfiou dos cortes na sua neta, porém Eduarda já se lesionava desde os 11-12 anos de idade e a família não notava.

Eva também é uma adolescente do sul do país, com 12 anos de idade e com um relacionamento familiar conturbado. Mudou várias vezes de casa - ora com a família de origem (pais e irmãs), ora por desejo da avó materna que a neta residisse com ela e o avô - e sente muito a perda do avô que desestabilizou emocionalmente Eva e sua mãe, pois ele era muito querido e cuidava de todos. Sente muito ciúmes da irmã mais nova por parte de mãe e não gosta da avó materna, quem costuma dizer que Eva só gosta de “coisa do demônio”, referindo-se ao fato dela assistir alguns tipos de séries na TV, filmes de terror e desenhos animados japoneses. Eva gosta muito de desenhar e, apesar de não se dar bem com a família, tem muito carinho pela avó paterna e disse que gostaria de morar com ela. Na escola, considera que sua turma “é a pior” por ter muitas brigas, inclusive já agrediram a diretora. Eva disse que não gostaria de ir mais à escola, tem dificuldades em aprender e se sente invisível perante os professores: *“até três meses atrás eles nem sabiam quem eu era...”*. Segundo a mãe, a relação de Eva com a escola é complicada e ela só tem uma amiga. Na vida social, a mãe diz: *“..ela [Eva] é o celular dela na mão, sem o celular ela fica ali de cabeça baixa, tenta dialogar com ela, mal consegue escutar o que ela tá falando, e é aquilo ali, mesmo que tu peça, tu tenta ver o porquê, não vai”*. Segundo a mãe, Eva gosta de ficar no escuro e cada vez mais gosta de usar roupas pretas.

A mãe de Eva relata como foi a tentativa de suicídio da filha:

“Isso foi assim, ó, ela tinha um trabalho pra entregar na segunda-feira, de português. E eu tinha já perguntado pra ela, desde o sábado, se ela tava fazendo o trabalho, se ela queria que eu ajudasse ela, que meu marido ajudasse ela, e ela disse assim: “não, vou fazer segunda com a minha avó que ela vai me ajudar a fazer o trabalho” (a avó por quem tem muito carinho), que ia lá pra casa. Só que a vó não pôde ir na segunda-feira lá pra casaela (Eva) disse pra mim que tudo bem, que ela ia dar um jeito, que ela ia fazer sozinha, que ela queria fazer sozinha. Só que daí ela foi, entrou no detalhe de olhar no caderno, e ela não tinha, ela não tinha a matéria, porque ela não copia, ela já não tava copiando as matérias no colégio. Ela pediu pra uma das colegas que tava nesse grupo do *WhatsApp*, a matéria, e a menina tirou a foto muito de cima e ela não conseguia entender. Ela pediu pra menina mandar de novo, a menina disse que não ia mandar, e o pai dela disse pra ela: “Eva, se tu não tirar uma nota boa nesse trabalho, tu vai apanhar”. Só que a gente não bate, não é de bater nela...ele falou pra assustar ela. E ela disse: ‘tá, não tenho esse trabalho, não vou fazer, não vão me passar de novo, não quero mais ficar aqui, minha avó me xinga, ninguém me dá bola, né, M (irmã mais nova) só me bate, vou me matar’. E daí ela foi, disse que ia tomar os medicamentos, daí ela disse que botou ali pras amiga, pra amiga essa, ‘ah, tu não me mandou, tu não me quis, agora não vai me ver nunca mais’. Foi no grupo do *WhatsApp* que ela botou.”

A mãe de Eva continuou a relatar:

“... isso tudo deve ter durado umas três horas, porque ela tomou o remédio e ela levou um tempo pra contar que tinha tomado o remédio pros amigos do *WhatsApp*. Esse tempo ela deve ter, pelo que eu vi no celular, que eu peguei depois pra ler, deu uns vinte, quase trinta minutos que ela começou a contar, e daí eles começaram a falar, mandar, eles mandaram outros incentivos antes de dizer pra ela vomitar, de tentativa de suicídio... uma colega mandou uma faca no pescoço: ‘ah, quer se matar tem que matar assim, não sei o que...’. Eles começaram primeiro assim, só porque eles achavam que ela tava brincando, ninguém acreditou que ela tinha feito de verdade. Daí quando ela começou a dizer que ela tava se sentindo enjoada, que tava se sentindo já fraca, eu não sei se tava ou não realmente, mas ela começou a botar ali, que eles começaram a tentar acreditar que poderia ser, daí eles mandaram tomar leite, vai pro banheiro, ela começou a fazer isso.”

De acordo com a mãe de Eva, na escola:

“os professores não deram a mínima importância, não consegui nem que eles fossem um pouco mais sensíveis na recuperação das provas que ela perdeu, ela fez no meio de uma sala com todos os alunos tendo aula normal, não foi numa sala afastada...dois períodos que ela teve que fazer em um só...na escola a gente não teve muita ajuda. Foi a mesma coisa aqui com a família, pra eles, ela fez aquilo ali pra chamar a atenção.”

Durante a entrevista a mãe de Eva confessou que o fato da filha fantasiar muito a realidade, ela achou que Eva “*tava envolvida com esse negócio da tal Baleia Azul que saiu, porque ela chegou um dia em casa nos questionando se a gente já conhecia, se a gente sabia o que era. Antes dela tentar suicídio. Uns dois, três meses antes. E daí aquilo ali até me assustou, né? Dela ter interesse em querer saber aquilo ali, ela disse que não, que só queria saber porque viu todo mundo falando no colégio, né?*”. Para a mãe, Eva “*tava lendo só coisas assim, porque ela passava muito tempo sozinha...Então ela se aproveitava de tá sozinha e assistia muito filme de terror, muito filme de sangue, essas coisa assim,*

sabe? Esse anime, que é uns desenho japonês, uma coisa assim que ela olha, tem uns que são umas coisas boas assim, são um seguimento que não tem muita briga, muito sangue, só que tem uns que são maus e ela assistiu só os do maus.” A família tentou cortar a internet, proibir o celular, mas como Eva ficava sozinha em casa, não tinham como supervisionar. Segunda a mãe, todos os colegas de Eva curtiam os desenhos japoneses, gostavam das mesmas coisas, mas a filha é que se vestia diferente e tinha poucas amigas. Para a mãe, a tentativa de suicídio de Eva já estava sendo planejada e ela usou o argumento da mensagem da colega no *WhatsApp* para justificar o ato. A mãe de Eva relatou que a filha tinha comentado que tinha vontade de se matar e complementou: “*Eu acredito que foi uma tentativa assim de pedir uma ajuda, um socorro, assim, de que ela existe, de que ela tá ali.*” Eva declarou que “*umas cinco pessoas na escola, elas acabam se cortando também, tipo, se pegar o braço dela tem uns corte daqui até aqui...*”. Eva estava sendo acompanhada por psiquiatra e havia sido diagnosticada com depressão e esperava o atendimento com psicólogo na rede pública.

Ângela é uma garota de 12 anos, do sul do país, que relatou ter sido o primeiro ano na atual escola, onde ficou em recuperação por conta do método de ensino adotado pelo professor de ciências. Desde o episódio de sua tentativa de suicídio, onde teve uma intoxicação medicamentosa, ela residia com os avós paternos, mas afirmou que já morou com diferentes pessoas da família, após o divórcio dos pais: “*eu já morei com todo mundo da família*”. A gravidez de Ângela não foi planejada pelos pais e sua mãe se cortava na adolescência (período em que namorava com o pai da adolescente). Os pais estão separados há muito tempo, e o pai estava muito ausente no ano em que Ângela tentou se matar. Na entrevista, o pai disse ter se arrependido por ter estado ausente e vem procurando estar mais próximo da filha, entretanto a mãe se afastou mais após o episódio da tentativa de suicídio. Ângela disse que seu padrasto abusou sexualmente dela (passava a mão nas suas partes íntimas quando ela estava dormindo), quando ainda morava com a mãe. Ela não soube dizer com precisão a idade em que isso ocorreu, afirmando apenas que foi entre 9 ou 10 anos.

Ângela participava de grupo de *WhatsApp* que, segundo ela, reunia pessoas que buscavam espaços para desabafar e falar a respeito de seus problemas pessoais. Relatou que, enquanto esteve em um determinado grupo nesse aplicativo, quatro pessoas se suicidaram. Abaixo o relato dela:

“É que quando eu morava com a minha vó, tinha tipo um grupo que eu entrei e eu conheci um monte de gente e daí que era só disso, de pessoas que queriam desabafar. Eu entrei não sei porquê, eu tava, tipo, vendo um vídeo tal, daí eu vi, daí eu conheci uma amiga minha que fica... tava no grupo também e daí eu fiquei no grupo do *WhatsApp*. A maioria delas tinha depressão e até uma morreu esse ano [sofria de bulimia e depois teve leucemia, segundo Ângela] ... quando eu tava no grupo, eu conheci umas quatro pessoas também que morreram ...que foi a Beth (uma menina) o Rui (um menino) e a Lia (uma menina) e teve mais uma que eu não lembro o nome [...] mas ela, a Lia pelo menos, ela nunca falou como ela, se ela tava planejando ou não. Foi mais ela falou os problemas da família dela e tal. Daí um dia ela só se matou, aí, daí uma... uma pessoa da família dela veio falar no grupo pra gente.”

O relato de Ângela indicou a participação em grupo virtual, onde jovens buscavam apoio, mas não necessariamente encontraram a ajuda necessária ou alguma mediação profissional. Ângela fazia acompanhamento com psicóloga desde quando começou a se cortar, aos 9 anos de idade, se dizia ansiosa, mas não possuía um diagnóstico formal.

Emma tem 12 anos e é de Dourados, Mato Grosso do Sul (MS). Na família, sua mãe é uma figura de apoio importante para a adolescente. Tinha um relacionamento conflituoso com o pai, brigavam muito, pois ele não compreendia seu comportamento. Relatou que costumava ser próxima dos primos, mas depois se afastaram. Emma também mencionou episódios de *bullying* na escola, por conta da mudança de seu estilo e, segundo ela, foi o fator responsável pelo desencadeamento da sua depressão e comportamento autolesivo. Segundo Emma, a depressão a incomoda e se pudesse gostaria de não mais se sentir triste e deprimida. Emma contou como se sentiu na escola: *“É que, foi assim, eu tava mudando, assim, meu estilo, e tinha uma menina que ela era bem, bem, bem minha amiga... Aí, ela começou a falar mal de mim, assim, que eu era feia, que eu tava ficando feia, aí as pessoas também começaram a falar. Até a própria diretora da escola ...falava que eu tipo, ia levar as pessoas pro mau caminho. Ah, no começo assim, eu ficava só triste, aí depois eu me cortei.”*

Emma narrou que participava de grupos da internet, constituído por jovens que se identificavam com o estilo “Emo”, e que compartilhavam conteúdos sobre roupa e cabelo. Tais grupos permitiam a adolescente construir novas amizades. Segundo Emma, os grupos que abordavam a prática de autolesão era constituído por pessoas que não queriam mais se machucar e decidiram ajudar outras pessoas que também passavam por isso. Sua mãe mencionou que a adolescente trocava imagens de seus ferimentos pelo *WhatsApp* com seus colegas que também se cortavam.

Em relação ao grupo virtual sobre o estilo “Emo”, a adolescente declarou: *“É tipo, a gente*

publica, assim, as coisinha, fofinha, algumas coisinha, assim. Aí, a gente publica coisa sobre estilo, cabelo, roupa". Emma declarou que participa de grupos abertos para conhecer novas pessoas e também de grupos fechados na internet. Possivelmente no grupo fechado há o compartilhamento de conteúdos sobre autolesão. Emma relatou o seguinte sobre o grupo de autolesão:

“[...] Eles mais que ajuda. Ah, tipo, eles incentivam você a não se cortar, sabe? [*Mas, mas é bem comum esse comportamento nesse grupo, não é?*] É. É porque, tipo, meio que elas já passaram, assim, por essas coisa e agora, tipo, elas não querem mais, aí elas decidiram fazer um grupo pra ajudar as pessoas que tão passando por isso.”

Emma também mencionou a visualização de vídeo sobre o comportamento autolesivo na internet: “*É que tipo assim, eu tinha visto um vídeo de uma garota falando que aliviava, eu falei: “ah, vou ver.”*”

Emma fazia acompanhamento com psicóloga e era acompanhada por psiquiatra, mas não é mencionado um diagnóstico psiquiátrico; às vezes apresentava pensamento confuso e delírio persecutório.

Nina, 15 anos, de Dourados/MS, nunca chegou a conhecer o pai biológico, foi criada pelo padrasto que é pai biológico da irmã, mas Nina o considera como pai, embora esteja perdendo o contato com ele. Atualmente mora com a mãe e a irmã, com quem não se dá muito bem e um novo padrasto, mas menciona que já morou com a avó materna e passou cerca de um ano com a tia na Europa. A percepção da família era de que Nina na infância era mais quieta. Segundo a avó, Nina não recebe a mesma atenção familiar que a irmã mais nova recebe. Quase não há diálogo com a mãe. Para a avó, a neta se sente rejeitada e a própria Nina disse que “*falta um pouco de ajuda por parte da mãe.*”

A vida escolar de Nina não é nada fácil para ela. Ela mencionou que as meninas da sua escola a “infernizavam” e relatou também que já foi expulsa anteriormente de uma determinada instituição de ensino por se envolver em uma briga com um colega que a atormentava com apelidos e brincadeiras de mau gosto. A adolescente comentou que ao ser alvo de comentários maliciosos ela sempre reagia de forma agressiva. Nina narrou abaixo como era sua vida na escola:

“[...] Os meninos são super de boa, eles conversam... fala que eu tenho que me enturmar mais. Tem umas meninas que falam comigo ainda, que elas falam que não tem nada a ver, agora, tem outras que me odeiam. [...] elas me incomodam demais. Incomodam. Elas ficam na minha mente, tem hora que dá até vontade de sair da sala de aula e chorar. Não entrar mais naquela sala. Elas falam que, elas meio que elas não fazem coisa ruim, só que elas sentam perto de mim e elas ficam falando em voz alta, entendeu? Elas falam que eu tenho cara de noitada, elas falam que depois as louca são elas que são louca. Elas falam muita

coisa, que eu sou louca, nossa, ... Só que eu nem ligo.”

Nina tinha pensamentos suicidas: *“Eu ficava pensando, assim, que se eu fosse me matar eu ia me matar enforcada. Eu não sei porque eu tava pensando em suicídio, tem vez que eu fico pensando em me matar, tem hora que é o único jeito que eu vou ficar bem.”*

Em outro episódio de pensamento suicida, Nina mencionou o acesso e compartilhamento de um vídeo da internet sobre suicido:

“... eu tô pensando em me matar pulando de um [...], de algum lugar muito alto. Que eu vi um vídeo na internet, eu compartilhei, minha mãe fica brava comigo. Ela fala que eu não posso compartilhar essas coisas doida não. (...) eu vi um vídeo de uma pessoa pulando de cima, é, de um cara, não pulando, ele tava numa ponte bem alta, num rio, e eu achei muito bonito aquilo lá.”

Nina passou pelo psiquiatra que lhe receitou uma medicação para ansiedade, que parou de tomar, pois dizia não fazer efeito. Mas não soube dizer do diagnóstico que tinha. Já fez acompanhamento com psicóloga, mas parou e está esperando na fila da clínica a qual lhe é de referência. Fuma maconha regularmente, diz que a relaxa e é uma forma de diminuir seu comportamento autolesivo. Também mencionou uso abusivo de álcool. De acordo com a avó:

“[...] além de beber, fumar, ela ainda... e também assim, que ela vai, ela lê essas internet, esses troço na internet, você entendeu? Porque é o dia inteiro nessa, na internet. Influencia demais, eu falo que influencia. *[Mas a senhora vê também ela em sites [...] as meninas se cortando, assim, você vê?]* Ah, ela vê tudo essas coisa ela vê... Ela pesquisa, ela não é boba, sabe? Ela é inteligente...*[Ela pesquisa pra ela fazer nela mesmo?]* É! Fazer nela mesma.”

Mãe da Bruna, de Dourados/MS, contou que a filha tinha 18 anos quando cometeu suicídio por enforcamento. Relatou que a gravidez de Bruna não foi planejada, mas que ela e o companheiro viviam juntos quando a filha se matou. Bruna era muito apegada a uma tia materna que havia se suicidado meses antes, também enforcada. Segunda a mãe de Bruna, a filha chorou muito ao ler a carta de despedida da tia. Além disso, o histórico de suicídio no contexto familiar da jovem se destaca na fala da mãe. Além dessa tia, um tio paterno também se suicidou, quando a mãe de Bruna ainda estava grávida da menina, além de outros dois tios do pai da jovem. Segundo ela: *“ele [pai de Bruna] já tem suicídio já de antepassado já, da família deles. Teve tio que bebeu veneno, teve tio que se jogou na, é, dentro de poço, em frente de casa, então já vem de coisa antiga”*.

No dia em que Bruna se suicidou, estavam todos reunidos com familiares maternos comemorando o dia de Natal e a jovem retornou para casa antes dos pais por conta de um desentendimento que teve com o namorado. Enquanto os pais permaneciam reunidos com

a família, a jovem se desentendeu de forma mais séria com o namorado, ao ponto de agredi-lo e, logo após, cometeu o suicídio:

“E aí eu fui lá conversar com o guri [namorado de Bruna], aí quando eu cheguei lá o guri não *tava* lá, o guri nem sabia. Aí ele chegou e eu falei pra ele, eu falei: ‘W., eu vim ver o que que aconteceu na casa, que, que aconteceu, que que foi que, que você fez pra Bruna?’ Aí ele contou, disse assim: ‘ah, eu e ela *briguemo* lá, ela ficou com ciúme lá *das prima* dela e não sei que, não sei que, e aí nós *briguemo*, nós *viemo* pra cá, ela pegou e jogou um perfume’ ... ele *tava* todo arranhado, jogou o perfume nele, voou em cima dele, aí ele falou que na hora quena hora que ele saiu aqui, que ele desceu, ela falou assim: ‘vocês tudo vão me pagar’.”

No depoimento da mãe de Bruna, ela relatou que a filha brigava com todos da escola e que as meninas tinham medo dela. Para a mãe de Bruna, após o suicídio da filha, ela [a mãe] foi à escola e soube que sua filha nos últimos meses costumava chorar muito, contudo a família não foi alertada pelos profissionais da escola sobre esse comportamento. Os colegas de escola, no entanto, fizeram uma homenagem a Bruna no *Facebook*, após sua morte. A mãe de Bruna não soube dizer se a filha utilizava a internet para praticar violência ou era alvo de atos violentos. Ela relatou apenas que a filha costumava usar muito a internet:

“Não, assim, ela era, eu sou assim também, *nós ficamo* dentro de casa, eu não sou de sair muito, meu negócio é trabalhar, chegar em casa e dormir. Só isso. E ela era a mesma coisa, só que ela era assim, ela ficava dentro de casa, ela limpava a casa, ela gostava de assistir, ela gostava muito de mexer na internet, que até na época que ela se matou nós não tinha, né? Era só na base do crédito.”

A mãe de Bruna indicou que percebeu mudança em seu comportamento e humor após o uso prescrito de um medicamento para tratamento dermatológico. Afirmou também que a adolescente passou a chorar com maior frequência e, em determinados momentos, relatava que ouvia vozes.

Reflexões sobre autolesão, tentativa de suicídio, suicídio e redes sociais virtuais

A literatura tem destacado a relação ambígua entre a internet e o comportamento suicida, alertando que ela proporciona espaços capazes de favorecer a comunicação on-line pró-suicida, podendo facilitar o acesso a conteúdos e informações detalhadas sobre métodos de suicídio, aumentar o risco de contágio suicida, haver o encorajamento para tal e ocorrer o *cyberbullicídio* – quando o *cyberbullying* ocorre associado ao suicídio (LAPPANN BOTTI; MATIAS PEREIRA, 2019).

Concomitantemente, a internet pode ser fonte de ajuda e apoio a pessoas potencialmente suicidas (ALAO et al., 2006). Nesse tocante, ela pode ser um meio de

suporte social on-line com efeitos protetivos positivos; facilitar a pesquisa por formas de ajuda; pode ser espaço de oferta de tratamento on-line com fácil acesso, discrição e menor custo; também pode ser um meio de os profissionais de saúde mental acessarem populações ocultas e em risco; e propiciar a projeção de intervenções para prevenir o comportamento suicida (ROBERT et al., 2015).

As narrativas de Eduarda, Eva, Emma e Ângela evidenciaram o quanto as interações em redes sociais virtuais podem ser nocivas à saúde de adolescentes vulneráveis. Ser vítima de *cyberbullying*, assim como fazer uso excessivo da internet e participar de comunidades virtuais especializadas no tema pode contribuir para a prática de violência autoinfligida, sobretudo em adolescentes que apresentam comportamentos emocionais instáveis, isolamento social e falta de perspectiva de vida (LUXTON; JUNE; FAIRALL, 2012).

As práticas de *cyberbullying* relatadas pelas adolescentes e seus responsáveis perpassam, principalmente, pela criação de grupos em aplicativo, por colegas de turma, com o intuito de humilhar, denegrir, colocar apelidos pejorativos e menosprezar adolescentes que diferem em seus comportamentos dos demais grupos de adolescentes. O *WhatsApp* é uma rede social extremamente popular entre os jovens com contribuições positivas para sua vida social; entretanto, estudo realizado por Aizenkot (2018) com crianças e adolescentes israelenses (N= 1.111) constatou que 70% dos estudantes relataram exposição ao *cyberbullying* em seus grupos de classe no *WhatsApp*. Nesse contexto, a exposição ao *cyberbullying* foi mais comum do que a exposição à vitimização fora do ambiente virtual.

No tocante as definições de *cyberbullying*, elas convergem para o entendimento de um tipo de ato intencional ou comportamento de agressão que é praticado diversas vezes no ambiente virtual por um indivíduo ou grupo contra uma ou várias vítimas (RONDINA; MOURA; CARVALHO, 2016). Para assim ser caracterizado, deve envolver atos repetitivos, propositais e intencionais que geram danos psicológicos, emocionais e sociais nas vítimas, além de envolver desequilíbrio de poder (por exemplo: o conhecimento ou posse de algum conteúdo que pode vir a ser usado para causar dano a alguém) (PATCHIN; HINDUJA, 2015).

O *cyberbulling* tem repercussão negativa na vida escolar, familiar e nas relações de amizades daqueles que são alvos desse tipo de violência, além de ser frequente sentimentos de frustração, raiva e tristeza (PATCHIN; HINDUJA, 2006). O *cyberbullying* também apresenta um efeito maior e consistente sobre a autolesão e a ideação suicida (HAY; MELDRUM; MANN, 2010) e é um fator fortemente associado à exposição a sites com conteúdos a favor de tais comportamentos (MINKKINEN et al., 2017).

Quando associado ao suicídio, direta ou indiretamente, é denominado como *cyberbullicídio*. Todavia, não deve ser tomado como fator isolado de risco ao suicídio, mas como uma experiência que tende a intensificar sentimentos de isolamento, instabilidade e desesperança entre aqueles com histórico de estressores emocionais, psicológicos e ambientais (LUXTON; JUNE; FAIRALL, 2012).

Quando praticado em grupos de *WhatsApp*, o *cyberbullying* geralmente ocorre na presença de testemunhas e, segundo Aizenkot (2018), podem reagir de diferentes maneiras: encorajando o ataque por meio do apoio passivo ou ativo; observando o que ocorre no grupo; encorajando o ofensor; transmitindo mensagens ofensivas ou intervindo nos bastidores. O relato da entrevistada Eduarda elucidou de forma clara que um amigo muito próximo iniciou as ofensas em um grupo de *WhatsApp* e que outros colegas apoiaram de maneira ativa, encorajando os ataques.

Em determinados casos, conhecer o(s) agressor(es) no *cyberbullying* pode ser mais prejudicial quando comparado ao anonimato dos mesmos; assim como a amplitude do público pode vir a agravar os sentimentos de humilhação e isolamento (CASSIDY; FAUCHER; JACKSON, 2013). Corroborando com tal constatação, após o episódio, Eduarda relatou que se afastou de todos os colegas de turma e permaneceu a amizade com apenas duas colegas, não ficando claro o papel desempenhado por elas na dinâmica envolvida no testemunho do *cyberbullying*.

Apesar das testemunhas serem personagens importantes à dinâmica da vitimização on-line e off-line; reconhecer seus expectadores nem sempre é uma tarefa fácil, considerando que conteúdos com teor ofensivo podem viralizar na internet ao serem compartilhados por pessoas que não o perpetrador inicial (PATCHIN; HINDUJA, 2015; SLONJE; SMITH; FRISÉN, 2013). Mesmo que o intimidador tenha inicialmente a intenção de propagar o conteúdo a um grupo menor de pessoas, no contexto on-line ele perde o domínio sobre a mensagem quando a divulga (FERREIRA; DESLANDES, 2018).

Um outro fator de exposição on-line ao risco de autolesão e comportamento suicida evidenciado foi o fácil acesso a páginas da internet que incitam e/ou apresentam descrições detalhadas de métodos suicida. Lewis et al. (2011) explicam que a forma como a prática de autolesão não suicida é apresentada em vídeos no *Youtube*, com elementos ricos em expressão artística e com tom melancólico (com declarações desesperadas, de tristeza ou de choro), pode torná-la atraente e até normalizar ou glamourizar a autolesão dos jovens que se ferem. Ainda alertam a respeito da possível influência exercida por vídeos que apresentam pessoa ou personagem, pois alguns expectadores podem ter senso de identidade com os protagonistas de tais vídeos. Como eles tendem a ser bem articulados, suas mensagens podem tornar-se mais influentes e atraentes.

O acesso a outras mídias (filmes violentos ou de terror, séries televisivas e desenhos animados) foi um outro aspecto destacado por algumas das adolescentes entrevistadas. O tempo que os jovens dispensam assistindo tais mídias tem ganhado destaque e, mesmo que de forma não causal, pode significar menor envolvimento em atividades físicas, leituras e interação com os amigos. Além disso, destaca-se o poder que a mídia exerce sobre as crenças e, potencialmente, sobre os comportamentos dos adolescentes, quando os mais novos estariam mais suscetíveis a imitar o que assistem, principalmente se o comportamento for realizado por um modelo atraente e o mesmo for recompensado ou ficar impune (STRASBURGER; DONNERSTEIN, 1999).

Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, cobrindo uma amostra de 27 estados brasileiros para trinta anos, 1980-2009, constatou que depois de desemprego e violência, o índice de mídia é o terceiro motivador de suicídio e que “o aumento de 1% na mídia eleva a taxa de suicídio de jovens do sexo masculino entre 15 e 29 anos em 5,34%”(IPEA, 2013, p. 23).

Quando a mídia não adere a práticas de publicização adequadas, retratos de suicídio podem gerar potenciais consequências negativas não intencionais (BRIDGE et al., 2019). Ou seja, pode facilitar o contágio social e aumentar o círculo de influência da pessoa que cometeu o suicídio (ROBERTSON et al., 2012), afetando aqueles que se identificam de alguma maneira com a pessoa que morreu (BRIDGE et al., 2019).

Inserida no cotidiano dos jovens, as mídias não devem ser apenas tomadas como veículo de comunicação, mas como produtor de sentidos e valores (NJAINÉ; MINAYO,

2004). Hoje, elas são espaço de voz, possibilita a disseminação de ideias e a organização de movimentos em torno de uma causa em comum, além de proporcionar o isolamento de jovens marginalizados em ambiente propício ao encontro de outros como ele e a formação de comunidades (RICH, 2013). Emma e Ângela, por exemplo, destacaram a participação em grupos on-line, onde se relacionavam com pessoas que também se lesionavam, recebiam e ofertavam ajuda entre si e compartilhavam seus problemas pessoais.

Em termos de desenvolvimento socioemocional, as conexões sociais são particularmente relevantes durante o período da adolescência. Durante este período os pares geralmente assumem um papel fundamental como uma das principais fontes de suporte para o jovem. A ajuda e o suporte disponíveis nos grupos on-line sobre autolesão é a principal razão de engajamento nesses espaços. Além disso, são utilizados com o objetivo de reduzir o isolamento, pois há a possibilidade de se conectarem a pares, compartilhar entre si experiências e expressar sentimentos e desabafar sem o receio de serem julgados (HARRIS; ROBERTS, 2013). Adler e Adler (2011) ainda destacam que, além de terem uma função de ajuda e de apoio estabelecida entre seus membros, tais comunidades on-line permitem que, em conjunto, interpretem e expliquem seus comportamentos, assim como lhes dão um senso de identidade, ou seja, se identifiquem como “self-injurers”, onde a autolesão é parte central de quem são.

A busca por ajuda e o apoio recebido reforçam a crença positiva em relação a função que tais espaços exercem a maioria de seus membros, contribuindo para a percepção de que influencia positivamente suas vidas (HARRIS; ROBERTS, 2013). Em contrapartida, a ausência de mediação profissional é um fator de alerta para as possíveis repercussões negativas (ROBERT et al., 2015), assim como o conteúdo de tais espaços on-line pode servir para normalizar ou reforçar comportamentos já existentes (MITCHELL et al., 2014).

Ainda no tocante a influência exercida pelo ambiente virtual, tal associação foi feita, principalmente, pelos adultos entrevistados na pesquisa. Tanto o avô da adolescente Eduarda quanto a mãe da adolescente Eva acreditaram que o jogo “Baleia Azul” pudesse ter influenciado o comportamento autolesivo das adolescentes. A mãe da adolescente Emma ainda associou a mudança no estilo dela a sua interação nesses espaços. Nesse sentido, as famílias buscavam estratégias para lidar com os impactos causados pelo comportamento suicida e autolesivo e o sofrimento emocional vivenciado pelas adolescentes, elucidando como percebiam os efeitos da dinâmica do mundo on-line. Todavia, dispunham de poucos

recursos e estratégias de mediação para garantir o uso seguro da rede. Quando era feito, a restrição era a única forma, mas pouco eficiente.

Os pais e responsáveis são figuras essenciais ao desenvolvimento de competências para que crianças e adolescentes saibam lidar com as constantes mudanças oriundas da transformação digital (“Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017”, 2018). O controle parental sobre o conteúdo on-line que crianças e adolescentes têm acesso é previsto em Lei (ver Art. 29 da Lei Nº 12.965 de 2014 – Marco Civil da Internet), todavia, é necessário que os pais aprendam como exercer essa mediação e sejam alertados sobre os riscos e limites dessa responsabilidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Aqueles que acessam a internet com maior frequência não estão apenas mais expostos a riscos, como tem mais acesso a oportunidades e desenvolvem mais habilidades (“Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017”, 2018). Nesse sentido, o apoio e incentivo do uso das ferramentas digitais também é um ponto necessário aos adultos presentes na vida dessas crianças e adolescentes. Para tanto, é importante que eles conheçam o mundo digital e cuidem desses jovens também nesses espaços, assim como cuidam nos espaços físicos (RICH, 2013). É importante buscar equilibrar o controle e incentivo, a fim de que crianças e adolescentes sintam-se estimulados a explorarem “as infinitas possibilidades on-line e, assim, estejam mais preparados para o uso da rede” (“Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017”, 2018).

Cabe ressaltar que, apesar do crescimento do número de pais/responsáveis que também fazem o uso da rede, no contexto brasileiro existem disparidades regionais e socioeconômicas que influenciam a presença deles nesses espaços e a percepção sobre o uso seguro que seus filhos fazem (“Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017”, 2018).

Para que crianças e adolescentes atinjam os potenciais benefícios que o acesso a internet promove é fundamental que compreendam os meios digitais e que tenham uma visão crítica a seu respeito (BUCKINGHAM, 2008). Para tanto, é de fundamental importância que instituições de ensino formal e espaços informais assumam a responsabilidade de formar cidadãos com competências para selecionar, discernir e dar sentido ao grande número de informações a que estão expostos, habilidades para exercitar

o pensamento crítico, lidar com os riscos e com as novas necessidades exigidas pelo mercado de trabalho (“Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017”, 2018).

Nesse sentido, tratar das dimensões sociais e culturais da tecnologia e como elas se relacionam com as experiências dos alunos "fora" da escola (BUCKINGHAM, 2008) é de suma importância, principalmente ao considerarmos a continuidade entre o mundo on-line e off-line, como se influenciam mutuamente, o que é claramente expresso nas vivências de *cyberbullying* das adolescentes entrevistadas: os ataques on-line tiveram como pano de fundo as relações e o contexto escolar. Corroborando, assim, com achados de outros estudos que evidenciaram que além de ser recorrente a vitimização em grupos de classe do *WhatsApp* (AIZENKOT, 2018); o *cyberbullying* geralmente inicia com incidentes que acontecem no ambiente escolar, impactando o dia-a-dia nesse espaço e fora dele (CASSIDY; FAUCHER; JACKSON, 2013).

Além das intimidações on-line, Nina e Emma relataram ser alvos de comentários maliciosos por seus colegas no ambiente escolar. Tanto o *cyberbullying* quanto o *bullying* presencial vivenciado pelas adolescentes afetou de maneira significativa o estado emocional, os relacionamentos com colegas de turma, diminuindo seus círculos de amizade e a relação com o espaço escolar, pois declararam não mais ter interesse pelo mesmo, tomando os estudos como parte de uma obrigação.

A apatia escolar frente a situações cruciais foi um ponto de destaque nas falas de algumas entrevistadas, seja expressa na tentativa de suicídio de Eva, ou na mudança de humor de Bruna; ou ainda no caso de Nina, que havia sido expulsa de uma escola após agredir fisicamente um colega que praticava *bullying* contra ela e a invisibilidade que sentia por parte dos professores. Foi perceptível o distanciamento entre as experiências de violência interpessoal e autoinfligida vivenciadas pelas adolescentes e o frágil suporte oriundo do contexto escolar.

A indiferença e o distanciamento é uma forma de obstruir o diálogo com os jovens, aumentar a probabilidade de agressão e de banalizar valores éticos e universais. Os educadores podem não entender os pedidos de ajuda ou não saberem lidar com os fenômenos que podem acometer a geração digital (WENDT; DE CAMPOS; DE MACEDO, 2010). Todavia, seu potencial transformador não reside apenas no reconhecimento das violências,

mas no rompimento de preconceitos, medos e silêncios, o que tende a diminuir as distâncias, ampliar o diálogo e potencializar mudanças (NJAINÉ; MINAYO, 2003).

Considerações finais

A relação entre os temas da autolesão, do comportamento suicida e das redes sociais virtuais é muito evidente na fala das adolescentes que apresentam o comportamento estudado. Os depoimentos lançaram luz sobre os modos de perpetração da violência contra si no ambiente virtual assim como as práticas da violência contra o outro nestes espaços, ou seja, o *cyberbullying*. O acesso e o compartilhamento de conteúdos, inclusive entre pares, e as interações em grupo on-line sobre autolesão e suicídio pelas participantes do estudo foram pontos destacados pelas adolescentes e/ou seus pais/responsáveis. A interação em redes sociais virtuais, ainda que sobre autolesão e comportamento suicida, desempenhou uma dupla função às adolescentes entrevistadas: tanto possibilitou a construção de vínculos, o compartilhamento de experiências e a oferta de apoio quanto serviu de modelo e normalizou comportamentos autoagressivos, através de vídeos que retratavam métodos de suicídio e traziam relatos sobre os efeitos positivos resultantes da autolesão.

Outros aspectos recorrentes nas narrativas foram o isolamento social, a perda de amizades e a ausência de uma rede de apoio, além das relações conflituosas e frágeis no núcleo central familiar e a perda de vínculos no ambiente escolar, muito devido a experiência de *bullying* e *cyberbullying* cometido por colegas de turma. Cabe ressaltar que o isolamento social e a ausência de uma rede de apoio para contrabalancear as informações negativas veiculadas pelas mídias digitais são fatores que podem tornar os jovens mais suscetíveis aos seus impactos (DURKEE et al., 2011). Todavia, as mídias por si só não justificam o comportamentos suicida e autolesivo, considerando que ambos refletem a complexa associação de diferentes fatores (ambiental, biológico, afetivo, cognitivo e comportamental) neste fenômeno.

No que concerne à escola, ela desempenha um papel importante na vida dos adolescentes, mas para as entrevistadas se tornou um lugar de afastamento e tristeza, sobretudo pelas práticas de *bullying*, *cyberbullying* por colegas de turma e de invisibilidade de suas dificuldades por parte de professores e demais profissionais. É de suma

importância instrumentalizá-los para o manejo de tais situações.

Além disso, a escola não pode mais ignorar o papel que a mídia digital desempenha na vida da maioria das crianças e adolescentes. É necessário um compromisso mais inteiro e crítico em relação à cultura digital dos mais jovens. Uma forma de romper tal lacuna é através da “alfabetização digital” (BUCKINGHAM, 2008) ou do “letramento digital” (BUCKINGHAM, 2010), o que compreende equipar crianças, adolescentes e os jovens para: (a) compreender as mídias digitais de maneira crítica; (b) avaliar o material e reconhecer os valores e as ideologias implícitos; (c) compreender como os meios digitais e sua retórica são construídos, para saberem quem está comunicando, para quem e para quê; e (d) ter consciência de sua própria posição (de leitor ou usuário), como são estimulados a navegar e como informações a seu respeito são reunidas (BUCKINGHAM, 2010).

Ao considerar seu potencial de alcance, a utilização das mídias digitais enquanto uma estratégia de saúde pública também tem sido alvo de atenção por meio da possibilidade de veiculação de campanhas preventivas e de ferramentas de atendimento on-line (por exemplo, a opção “chat” ofertada no site do Centro de Valorização da Vida – CVV). Nos últimos 2 anos, sites de redes sociais virtuais (como o *Instagram*, o *Facebook* e o *Twitter*) intensificaram suas políticas de restrição em relação à divulgação de imagens e relatos a respeito de suicídio e autolesão, assim como tem disponibilizado ferramentas que identificam pessoas em risco e incentivam a busca por ajuda (FÁBIO, 2019).

Esforços têm sido realizados, a fim de diminuir os riscos oriundos da exposição a conteúdos sensíveis. Além do desenvolvimento de ferramentas de detecção de população de risco e oferta de apoio, é de suma importância equipar crianças, adolescentes e jovens para que compreendam todos os aspectos envolvidos na produção, disseminação e consumo das informações veiculadas através das mídias digitais (BUCKINGHAM, 2008). Não basta apenas alertá-los a respeito de seus riscos, mas dotá-los de recursos para que lidem com a tecnologia de maneira crítica. Para tanto, é importante o envolvimento de diferentes setores da sociedade articulando ações que não se restrinjam ao desenvolvimento de habilidades técnicas, mas de leitura dos significados em meio ao crescente fluxo de informações.

REFERÊNCIAS

- ADLER, P. A.; ADLER, P. *The tender cut: inside the hidden world of self-injury*. New York: New York University Press, 2011.
- ADLER, P. A.; ADLER, P. Self-Injury in Cyberworld. *Contexts*, v. 11, n. 1, p. 59–61, fev. 2012.
- AIZENKOT, D. Cyberbullying in WhatsApp Classroom Groups among Children and Adolescents: Exposure and Victimization. *The Eurasia Proceedings of Educational & Social Sciences (EPESS)*, v. 10, p. 1–10, 2018.
- ALAO, A. O. et al. Cybersuicide: Review of the Role of the Internet on Suicide. *Cyber-Psychology & Behavior*, v. 9, n. 4, p. 489–493, ago. 2006.
- ASSUMPCÃO, A. P. *O discurso da falta e do excesso: a automutilação*. Dissertação (Mestrado)—Pelotas, RS: Universidade Católica de Pelotas, 2016.
- BRIDGE, J. A. et al. Association Between the Release of Netflix’s 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Times Series Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, abr. 2019.
- BUCKINGHAM, D. Aprendizagem e Cultura Digital. *Revista Pátio*, v. XI, n. 44, 2008.
- BUCKINGHAM, D. Cultura Digital, Educação Midiática e o Lugar da Escolarização. *Educação & Realidade*, v. 35, n. 3, p. 37–58, 2010.
- CASSIDY, W.; FAUCHER, C.; JACKSON, M. Cyberbullying among youth: A comprehensive review of current international research and its implications and application to policy and practice. *School Psychology International*, v. 34, n. 6, p. 575–612, dez. 2013.
- CASTELLS, M. *A galáxia da internet: Reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade*. [s.l.] Zahar, 2003.
- CASTELLS, M. Articular mentes, criar significado, contestar o poder. In: *Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. p. 31.
- CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2039–2052, ago. 2012.
- DURKEE, T. et al. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 8, n. 10, p. 3938–3952, 11 out. 2011.
- FÁBIO, A. C. *As políticas de redes sociais para prevenir suicídios. E seus limites*. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/07/23/As-pol%C3%ADticas-de-redes-sociais-para-prevenir-suic%C3%ADdios.-E-seus-limites>>. Acesso em: 19 ago. 2019.
- FERREIRA, T. R. DE S. C.; DESLANDES, S. F. Cyberbullying: conceituações, dinâmicas, personagens e implicações à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3369–3379, out. 2018.

GIUSTI, J. S. *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. Tese (Doutorado)—[s.l.] Universidade de São Paulo, 10 set. 2013.

GOMES, J. O. et al. Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 63–73, abr. 2014.

HARRIS, I. M.; ROBERTS, L. M. Exploring the Use and Effects of Deliberate Self-Harm Websites: An Internet-Based Study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 15, n. 12, p. e285, 20 dez. 2013.

HAY, C.; MELDRUM, R.; MANN, K. Traditional Bullying, Cyber Bullying, and Deviance: A General Strain Theory Approach. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, v. 26, n. 2, p. 130–147, maio 2010.

IBGE. *Análise - PNAD C TIC 2016*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=1780>>. Acesso em: 16 set. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Os efeitos da mídia sobre o suicídio: uma análise empírica para os estados brasileiros*: Texto para discussão. Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

KRUG, E. G. et al. *World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde)*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAPPANN BOTTI, N. C.; MATIAS PEREIRA, C. C. Blogs brasileiros sobre suicídio. *Salud & Sociedad*, v. 10, n. 1, p. 10–19, 21 jun. 2019.

LEWIS, S. P. et al. The Scope of Non-suicidal Self-Injury on YouTube. *PEDIATRICS*, v. 127, n. 3, p. e552–e557, 1 mar. 2011.

LUXTON, D. D.; JUNE, J. D.; FAIRALL, J. M. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. S2, p. S195–S200, maio 2012.

MARTINO, L. M. S. *Teoria das Mídias Digitais: linguagens, ambientes, redes*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MINKKINEN, J. et al. Victimization and Exposure to Pro-Self-Harm and Pro-Suicide Websites: A Cross-National Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 47, n. 1, p. 14–26, fev. 2017.

MITCHELL, K. J. et al. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *Journal of Adolescence*, v. 37, n. 8, p. 1335–1344, dez. 2014.

- NICOLACI-DA-COSTA, A. M. Sociabilidade virtual: separando o joio do trigo. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 50–57, ago. 2005.
- NJAINE, K.; MINAYO, M. C. DE S. Violência na escola: identificando pistas para a prevenção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, p. 119–134, ago. 2003.
- NJAINE, K.; MINAYO, M. C. DE S. A violência na mídia como tema da área da saúde pública: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 201–211, 2004.
- NUNES, L. S. et al. A análise da narrativa como instrumento para pesquisas qualitativas. *Revista Ciências Exatas*, v. 23, n. 1, p. 10–17, 2017.
- PATCHIN, J. W.; HINDUJA, S. Bullies Move Beyond the Schoolyard: A Preliminary Look at Cyberbullying. *Youth Violence and Juvenile Justice*, v. 4, n. 2, p. 148–169, abr. 2006.
- PATCHIN, J. W.; HINDUJA, S. Measuring cyberbullying: Implications for research. *Aggression and Violent Behavior*, v. 23, p. 69–74, jul. 2015.
- Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil : TIC kids Online Brasil 2017 . São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2018.
- RECUERO, R. Rede social. In: AVORIO, A.; SPYER, J. (Eds.). *Para entender a internet*. 2. ed. [s.l.] Licença Creative Commons, 2015.
- RICH, M. As mídias e seus efeitos na saúde e no desenvolvimento de crianças e adolescentes: reestruturando a questão da era digital. In: ABREU, C. N.; EISENSTEIN, E.; ESTEFENON, S. G. B. (Eds.). *Vivendo esse mundo digital [recurso eletrônico]: impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ROBERT, A. et al. Internet use and suicidal behaviors: internet as a threat or opportunity? *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, v. 21, n. 4, p. 306–311, abr. 2015.
- ROBERTSON, L. et al. An Adolescent Suicide Cluster and the Possible Role of Electronic Communication Technology. *Crisis*, v. 33, n. 4, p. 239–245, jul. 2012.
- RONDINA, J. M.; MOURA, J. L.; CARVALHO, M. D. DE. Cyberbullying: o complexo bullying da era digital. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, v. 1, n. 1, p. 20–41, 19 set. 2016.
- SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Caracterização do perfil de participantes de um grupo de automutilação no Facebook. *Salud & Sociedad*, v. 9, n. 2, p. 160–169, 30 jul. 2018.
- SILVA, É. DE L. *Cortes nas Redes: convivendo com automutiladores em seus ciberbastidores*. In: 30^a Reunião Brasileira de Antropologia. João Pessoa/PB: 2016. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/30rba/admin/files/1467653461_ARQUIVO_CortesnasRedes.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018
- SLONJE, R.; SMITH, P. K.; FRISÉN, A. The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Computers in Human Behavior*, v. 29, n. 1, p. 26–32, jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital*, 2016.

STRASBURGER, V. C.; DONNERSTEIN, E. Children, Adolescents, and the Media: Issues and Solutions. *PEDIATRICS*, v. 103, n. 1, p. 129–139, 1 jan. 1999.

WENDT, G. W.; DE CAMPOS, D. M.; DE MACEDO, C. S. Agressão entre pares e vitimização no contexto escolar: bullying, cyberbullying e os desafios para a educação contemporânea. *Caderno de Psicopedagogia*, v. 8, n. 14, p. 41–52, 2010.

WESTERLUND, M. Talking Suicide. *Nordicom Review*, v. 34, n. 2, p. 35–46, 1 nov. 2013.

WHITLOCK, J. Self-injurious Behaviors in a College Population. *PEDIATRICS*, v. 117, n. 6, p. 1939–1948, 1 jun. 2006.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proponente dissertação buscou investigar o comportamento autolesivo em adolescentes, focando em elementos contextual, relacional, pessoal e o ato em si; bem como a comunicação e o acesso a conteúdo sobre autolesão e suicídio no ambiente virtual.

Primeiramente, a faixa etária da adolescência tem se destacado como o período de maior incidência do comportamento autolesivo, embora não se restrinja a este período da vida (KLONSKY, 2011). Há um questionamento na literatura se a autolesão não persiste para vida adulta através de práticas mais "aceitas", como alcoolismo e uso de drogas (HENRIQUES, 2018).

Em relação à infância, nossos achados corroboram com a pesquisa realizada por Simioni (2017), o qual evidenciou a autolesão deliberada abaixo da idade de pico de incidência (<15). Todavia, poucos estudos abordam a autolesão nessa faixa etária, dificultando seu conhecimento na primeira década de vida (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012). Estudos nesta faixa etária são quase inexistentes. Os que existem voltam-se a sua relação com o diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico, como o retardo mental ou autismo (WHITLOCK; SELEKMAN, 2014).

Em relação ao local do corpo privilegiado para o ato de se cortar, comumente envolve mais de uma parte do corpo (MADGE et al., 2008; WHITLOCK, 2006). Apesar de menos frequente, além dos cortes, outros tipos de comportamentos autolesivos podem ocorrer, como se queimar. Entre os meninos, a adoção de comportamentos autolesivos mais violentos é mais comum. Todavia, a diferença entre os sexos em relação ao método tem sido alvo de questionamento e tem se mostrado menos discrepante (MADGE et al., 2008).

Os resultados também evidenciam que a autolesão se trata de uma prática repetitiva e é associada a uma série de consequências, tais como: pode indicar um nível mais alto de impulsividade (YOU et al., 2011); ser interpretada como uma forma de dependência (relacionada a liberação da β – endorfina e sensação de alívio gerado pelo ato) (ARCOVERDE; SOARES, 2012); envolver múltiplos métodos (MADGE et al., 2008) e mais graves (GIUSTI, 2013) e maior propensão a apresentarem pensamentos e comportamentos suicidas (WHITLOCK, 2006). Todavia, nossos achados são inconclusivos em relação a associação entre o comportamento autolesivo repetitivo e a adoção de métodos mais severos ou de risco de tentativa de suicídio.

Tristeza, raiva e ansiedade foram sentimentos que antecederam a autolesão. O alívio, por sua vez, foi a principal sensação após o ato. Além da sensação de alívio diante de sentimentos negativos intensos, gerar sentimento/sentir algo (mesmo que a dor), a autopunição e o entorpecimento também foram relatados. Seguindo a “abordagem funcional”, a maioria dos adolescentes recorria a autolesão como forma de “regulação emocional”, com intuito de reduzir a tensão ou outro estado negativo - atendendo assim, a função intrapessoal proposta por Nock e Prinstein (2004).

Para os pais, a autolesão seria uma maneira de obter um bem ou uma forma de chamar a atenção, o que possivelmente se encaixaria na motivação interpessoal, a qual prevê a autolesão enquanto um fator que visa o exterior, a comunicação de algo ou a modificação do ambiente (NOCK; PRINSTEIN, 2004). Além disso, a busca de informações na internet também foi citada como fator motivador pelos pais. Todavia, é evidente a discrepância de relatos entre os pais e os adolescentes em relação à motivação do ato, o que nos incita a pensar na dificuldade de comunicação dos afetos dos filhos ou no desconhecimento em relação ao fenômeno e suas possíveis motivações.

Além de danos causados de forma deliberada e intencional ao próprio tecido corporal, outras formas de comportamento de autodano foram relatados: sair à noite sem direção e com a expectativa que algum dano lhe acontecesse; uso abusivo de álcool e o de maconha diariamente, visando amenizar emoções negativas; e a sobredose intencional de medicamento, utilizada principalmente como meio de tentativa de suicídio. Sendo assim, os adolescentes recorreram e alegaram distintas motivações aos seus atos, às vezes pontuada de forma ambígua e imprecisa; outras vezes como um meio para lidar com seus sentimentos; ou ainda como uma tentativa de suicídio.

Apesar da distinção entre autolesão e comportamento suicida, o indivíduo que se lesiona pode vir a tentar ou apresentar ideação suicida (GUERTIN et al., 2001; STANLEY et al., 2001; TALIAFERRO et al., 2012; WHITLOCK et al., 2013). Este estudo elucidou que os limites entre o comportamento de autolesão e suicida não são precisos e a autolesão não é uma condição estática (WHO, 2016).

Importante considerar que o fato da ideação suicida estar tão presente nas entrevistas pode estar associado ao fato de que os adolescentes convidados a participar na pesquisa original foram indicados a partir dos serviços de saúde de emergência ou delegacias, nos

casos de suicídio. Assim, os adolescentes estudados usaram métodos mais letais, exigindo cuidado dos serviços, o que impôs uma caracterização mais grave e distinta dos casos que não recebem atendimento.

A despeito da associação ao sofrimento emocional comumente associado aos jovens que se ferem (CIPRIANO; CELLA; COTRUFO, 2017; GIUSTI, 2013), é necessário considerar que a adolescência por si só já é marcada pela oscilação brusca de humor, sentimentos de euforia, depressão e reatividade aumentada ao estresse, principalmente como resposta a eventos de vida negativos (BELSKY, 2010). Este aspecto é importante para olhar para o fenômeno não apenas enquanto fator de risco ou como patologização de tais comportamentos.

No tocante aos vínculos afetivos do grupo estudado, os conflitos e o distanciamento afetivo, tanto no âmbito familiar quanto com os pares, foram destacados como fonte de tristeza pelos jovens. A dinâmica familiar foi marcada por relações conflituosas, o distanciamento afetivo, o histórico de suicídio ou autolesão, morte ou adoecimento de figuras importantes e a presença de violência (ora como expectador ora como alvo). A relação com os pares, por sua vez, foi marcada pela perda de vínculos, principalmente no ambiente escolar, devido a experiência de *bullying* e *cyberbullying* cometida por colegas de turma e motivada por seus comportamentos diferirem dos demais adolescentes.

Considerando que a adolescência é um período onde a busca de identidade e afinidade a um grupo é inerente, a ausência de condições necessárias ao desenvolvimento de relações afetivas satisfatórias pode tornar essa fase ainda mais difícil (CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2013). Assim, a percepção em relação ao funcionamento familiar (coesão, flexível, boas capacidades comunicacionais e satisfação) tem sido associada à ideação suicida e ao comportamento autolesivo nos adolescentes (REAL, 2018). Tais associações têm considerado principalmente os efeitos ao nível da saúde emocional e mental dos adolescentes resultantes dessas relações conflituosas (MOMBELLI et al., 2011; WAGNER et al., 1999). Tal argumentação é constatada nesse estudo, onde a percepção da ausência de suporte do pai ou da mãe e os conflitos -tanto com os pares, quanto com a família – foram destacados como fonte de sofrimento. Todavia, torna-se necessário considerar os outros elementos inseridos nesse contexto que podem, em conjunto, agravar o seu estado emocional, tais como as experiências de *bullying*, de *cyberbullying*, o abuso físico e sexual e o isolamento. Tal cenário nos permite refletir a respeito do caráter relacional e contextual

subjacente ao comportamento autolesivo e de como tal prática não é puramente psicológica, sendo desenvolvida em um contexto mais amplo de sociabilidade (CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2013). Tal fato também dialoga com a constatação do histórico de suicídio e de autolesão na família dos adolescentes e entre os seus pares.

Os comportamentos autodestrutivos no ambiente familiar podem repercutir de maneira significativa nas crianças e transmitir mensagens de que a vida não vale a pena, o que é concebido por Nock (2009) como a “hipótese da aprendizagem social”, onde os familiares, amigos e a mídia podem ser fontes de influência para o comportamento de jovens vulneráveis.

Adler e Adler (2011) supõem a autolesão como um fenômeno social por conta da sua maior difusão e aprendizagem social. Segundo eles, a motivação subjacente a autolesão e seus efeitos podem ser transmitidos entre pares, pela internet ou outro meio, influenciando assim, a forma de interpretar e atribuir significados ao comportamento. Todavia, os responsáveis são os que mais dão valor a influência exercida pela internet ao comportamento dos adolescentes, mencionando, inclusive, o viral “Baleia Azul”. Já os adolescentes destacam a função suportiva dos grupos on-line sobre suicídio e autolesão, lhes permitindo a construção de vínculos e o compartilhamento de experiências. Sendo assim, os espaços on-line exerceram uma dupla função a essas adolescentes e tal constatação corroborou com a literatura, que aponta que o ambiente on-line tanto pode ser fonte de ajuda, um meio de suporte social on-line quanto pode ter acesso a informações sobre métodos de como se ferir e favorecer a comunicação on-line pró-suicida (EICHENBERG; SCHOTT, 2017; HARRIS; ROBERTS, 2013; LAPPANN BOTTI; MATIAS PEREIRA, 2019; ROBERT et al., 2015).

Diante disso, é necessário ter uma visão equilibrada a respeito de tais espaços, evitando focar apenas nos riscos em potencial (DURKEE et al., 2011). É necessário também ter cautela ao considerar a visualização de conteúdo on-line enquanto fator de influência causal e direto sobre o comportamento off-line, pois indivíduos que já tenham um histórico de engajamento em comportamento autolesivo ou o desejo para o mesmo, podem mais ativamente buscar conteúdos relacionados a isso (BRANLEY; COVEY, 2017).

Como a autolesão comumente envolve feridas que podem ser superficiais e facilmente autotratadas, o comportamento geralmente é realizado de forma sigilosa (ADLER;

ADLER, 2007). Sendo assim, a internet pode ser uma ferramenta eficaz para alcançar esses jovens, afim de promover a saúde mental e prevenir comportamentos suicidas e autolesivos, pois tais dispositivos, além de possibilitar o monitoramento em tempo real, fornecem maior acessibilidade e podem ser meios de suporte para o jovem, reforçando a sua conexão social (COX; HETRICK, 2017). Sites de redes sociais, como o *Facebook*, por exemplo, tem utilizado ferramentas de “prevenção contra o suicídio”, fornecendo informações aquelas que possam estar pensando sobre o tema e facilitando, inclusive, o contato com o Centro de Valorização da Vida (CVV) para usuários que possam ter identificado um amigo em risco, podendo reportar o caso a análise do próprio site de maneira anônima. Apesar das vantagens associadas a intervenção on-line, as pesquisas a respeito são limitadas e ainda carecem do desenvolvimento de conceitos teóricos de forma pragmática (DURKEE, 2011).

Diante da complexidade do fenômeno e da autolesão ser concebida para além da esfera individual, associada unicamente a questões de saúde mental, é necessário que políticas públicas considerem toda a gama de fatores que influem a sua maior recorrência. Embora esse projeto não tenha abarcado questões como classe social, raça/etnia, orientação sexual, jovens privados de liberdade e jovens em situação de rua, a literatura tem apontado a ocorrência de autolesão nesses grupos (ADLER; ADLER, 2007; SKEGG, 2005). Ou seja, é de suma importância compreender as desvantagens estruturais que jovens brasileiros podem estar suscetíveis para se pensar em estratégias de intervenção pertinentes a nossa realidade, articulando o poder público, os serviços de saúde, escola e sociedade.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Informação & Informação*, v. 12, n. 1esp, p. 8–19, 15 dez. 2007.
- ADLER, P. A.; ADLER, P. The Demedicalization of Self-Injury: From Psychopathology to Sociological Deviance. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 36, n. 5, p. 537–570, out. 2007.
- ADLER, P. A.; ADLER, P. *The tender cut: inside the hidden world of self-injury*. New York: New York University Press, 2011.
- ADLER, P. A.; ADLER, P. Self-Injury in Cyberworld. *Contexts*, v. 11, n. 1, p. 59–61, fev. 2012.
- ALMEIDA, C. Auto-lesão, auto-mutilação e auto-agressão. A mesma definição?, 2010. Disponível em: <<http://news.medicina.ulisboa.pt/2010/09/30/auto-lesao-auto-mutilacao-e-auto-agressao-a-mesma-definicao/>>. Acesso em: 9 jun. 2018
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION(APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARCOVERDE, R. L. Autolesão e produção de identidades. Dissertação (Mestrado)—Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 23 abr. 2013.
- ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. DE C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 2, p. 293–300, 2012.
- ASSUMPCÃO, A. P. O discurso da falta e do excesso: a automutilação. Dissertação (Mestrado)—Pelotas, RS: Universidade Católica de Pelotas, 2016.
- Atlas do Desenvolvimento Humano*. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3^a reimp. da 1^a edição ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BAUMAN, Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BELSKY, J. *Desenvolvimento Cognitivo e Socioemocional*. In: *Desenvolvimento Humano: Experienciando o ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 297–327.
- BORDALLO, B. Hospedagem de Sites: o que é, como funciona e como escolher a sua. Disponível em: <<https://tudosobrehospedagemdesites.com.br/hospedagem-de-sites/>>. Acesso em: 11 jan. 2020.
- BRANLEY, D. B.; COVEY, J. Is exposure to online content depicting risky behavior related to viewers' own risky behavior offline? *Computers in Human Behavior*, v. 75, p. 283–287, out. 2017.
- BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 8.833 de 10 de Outubro de 2017 que

Acrescenta art. 244-C à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tipificar o crime de induzimento, instigação ou auxílio à automutilação de criança ou adolescente. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2155635>>. Acesso em: 31 Ago. 2018.

CASADÓ, L. C. Trabajo de campo em comunidades virtuales pro self-harm. In: ORIOL, R. (Ed.). . *Etnografía, Técnicas Cualitativas e Investigación em Salud: un Debate Abierto*. Tarragona: Publicacions URV, 2013.

CASTELLS, M. *A galáxia da internet: Reflexões sobre a Internet, os negócios e a sociedade*. [s.l.] Zahar, 2003.

CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2039–2052, ago. 2012.

CAVALCANTE, J. P.; CAVALCANTE, P. Subcultura, juventude e autolesão: uma contribuição sociológica acerca do comportamento autodestrutivo. . In: *Acta Científica XXIX Congreso de La Asociación Latinoamericana de Sociología*. Chile: 2013

CIPRIANO, A.; CELLA, S.; COTRUFO, P. Non-suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, v. 8, 8 nov. 2017.

COX, G.; HETRICK, S. Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? *Evidence-based Mental Health*, v. 20, n. 2, p. 35–40, maio 2017.

CRUZ, R. DO C. Redes sociais virtuais: premissas teóricas ao estudo em ciência da informação. *Transinformação*, v. 22, n. 3, p. 255–272, dez. 2010.

DA FONSECA, P. H. N. et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 246–258, 2018.

DE LIMA, N. L. et al. As redes sociais virtuais e a dinâmica da internet. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 90–109, 2016.

DINAMARCO, A. V. Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos expostos na internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação. Dissertação (Mestrado)—[s.l.] Universidade de São Paulo, 22 jun. 2011.

DONNAMARIA, C. P.; TERZIS, A. Algumas notas sobre as relações humanas mediadas por computadores. *Mental*, v. 10, n. 18, p. 14, 2012.

DURKEE, T. et al. Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 8, n. 10, p. 3938–3952, 11 out. 2011.

EICHENBERG, C.; SCHOTT, M. An Empirical Analysis of Internet Message Boards for Self-Harming Behavior. *Archives of Suicide Research*, v. 21, n. 4, p. 672–686, 2 out. 2017.

FAVAZZA, A. R.; ROSENTHAL, R. J. Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatric Services*, v. 44, n. 2, p. 134–140, fev. 1993.

FEDOZZI, L. *Observando o Orçamento Participativo de Porto Alegre – análise histórica de dados: perfil social e associativo, avaliação e expectativas*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2007. p. 19.

FERREIRA, V. S. Do Renascimento das Marcas Corporais em Contextos de Neotribalismo Juvenil. In: PAIS, J. M.; BLASS, L. M. DA S. (Eds.). *Tribos urbanas: produção artística e identidades*. 1a ed ed. São Paulo: CAPES, 2004. p. 71–102.

GARRETO, A. K. R. O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação. text—[s.l.] Universidade de São Paulo, 12 maio 2015.

GIUSTI, J. S. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese (Doutorado)—[s.l.] Universidade de São Paulo, 10 set. 2013.

GOMES, J. O. et al. Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 63–73, abr. 2014.

GONÇALVES, J. N. “Vocês acham que me corto por diversão?” : adolescentes e a prática da automutilação. Dissertação (Mestrado)—Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2016.

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 213–222, jul. 2013.

GUERTIN, T. et al. Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 40, n. 9, p. 1062–1069, set. 2001.

HARRIS, I. M.; ROBERTS, L. M. Exploring the Use and Effects of Deliberate Self-Harm Websites: An Internet-Based Study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 15, n. 12, p. e285, 20 dez. 2013.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E.; O’CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, v. 379, n. 9834, p. 2373–2382, jun. 2012.

HENRIQUES, REBECA. A automutilação nas políticas públicas de saúde mental: um olhar através do biopoder e sociedade disciplinar foucaultiana. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 3, n. 6, 2018.

IBGE. Estimativa da população residente no Brasil e unidades da federação. [s.l.] Instituto Brasileiro de Geografia, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas da Violência 2017. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.

JACOB, N.; EVANS, R.; SCOURFIELD, J. The influence of online images on self-harm: A qualitative study of young people aged 16–24. *Journal of Adolescence*, v. 60, p. 140–147, out. 2017.

JACOBS, D. et al. *Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality*. Cambridge: Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard medical Institutions; 1996.

KLONSKY, E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, v. 41, n. 09, p. 1981–1986, set. 2011.

KLONSKY, E. D.; GLENN, C. R. 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*, v. 31, n. 3, p. 215–219, set. 2009.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Geneva: World Health Organization, 2002.

LANG, C. E.; BARBOSA, J. F.; CASELLI, F. R. B. Subjetividade, corpo e contemporaneidade. Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO. Anais... In: *Psicologia Social e Políticas de Existência: Fronteiras e Conflitos*. Maceió: 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/236.%20subjetividade,%20corpo%20e%20contemporaneidade.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2018

LAPPANN BOTTI, N. C.; MATIAS PEREIRA, C. C. Blogs brasileiros sobre suicídio. *Salud&Sociedad*, v. 10, n. 1, p. 10–19, 21 jun. 2019.

LE BRETON, D. *As paixões ordinárias: antropologia das emoções*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LE BRETON, D. *Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica*. Horizontes Antropológicos, v. 16, n. 33, p. 25–40, jun. 2010.

LE BRETON, D. *A Sociologia do corpo*. 6^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

LÉVY, P. *O que é virtual*. 1^a ed. São Paulo: Ed. 34, 1996.

LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo (SP): Ed. 34, 1999.

MADGE, N. et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 49, n. 6, p. 667–677, jun. 2008.

MARCHANT, A. et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*, v. 12, n. 8, p. e0181722, 16 ago. 2017.

MARS, B. et al. Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *Journal of Affective Disorders*, v. 185, p. 239–245, out. 2015.

MINAYO MCS. et al. Um estudo sobre suicídio em idosos no Rio de Janeiro baseado em autópsias psicossociais. 2010. [Mimeo]

MOMBELLI, M. A. et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 28, n. 3, p. 327–335, set. 2011.

MOURA, C. S.; CÔRTEZ, L. SEGURADO. O Amor Líquido Na Era do Tinder: Uma Análise da Campanha Publicitária do Ministério da Saúde sob a Ótica Baumaniana. In: INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Rio de Janeiro, a 7/9 2015. . Acesso em: 1 nov. 2018

MUEHLENKAMP, J. J. et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 6, n. 1, p. 10, 2012.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. Sociabilidade virtual: separando o joio do trigo. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 50–57, ago. 2005.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. Novas tecnologias digitais: a construção da subjetividade contemporânea. *Revista Novamérica*, [s.d.]. Disponível em <http://www.novamerica.org.br/revista_digital/L0110/rev_emrede.asp> Acesso em: 2 Nov. 2018.

NOCK, M. K. Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, v. 18, n. 2, p. 78–83, abr. 2009.

NOCK, M. K.; PRINSTEIN, M. J. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 72, n. 5, p. 885–890, 2004.

NUNES, L. S. et al. A análise da narrativa como instrumento para pesquisas qualitativas. *Revista Ciências Exatas*, v. 23, n. 1, p. 10–17, 2017.

OLIVEIRA, T. A. DE. Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental? trabalho de Conclusão de Curso—Salvador - BA: Curso de Saúde Mental e Atenção Básica da Faculdade Bahiana de Medicina, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º Revisão*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009. Volume I.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11), 2018. Disponível em <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em: 2 Nov. 2018.

ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OTTO, S. C.; SANTOS, K. A. DOS. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psicol. rev.*, v. 25, n. 2, p. 265–288, dez. 2016.

PENA, S. D. J. et al. The Genomic Ancestry of Individuals from Different Geographical Regions of Brazil Is More Uniform Than Expected". In: *PLoS ONE* 6(2): e17063.

REAL, C. R. Relação entre funcionamento familiar, ideação suicida e comportamentos autolesivos em adolescentes. Dissertação (Mestrado)—Lisboa (Portugal): Instituto Universitário, 2018.

ROBERT, A. et al. Internet use and suicidal behaviors: internet as a threat or opportunity? *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, v. 21, n. 4, p. 306–311, abr. 2015.

SALLES, A. M.; NETO, C. H.; COSTA, F. B. *Vamos conversar sobre prevenção da automutilação?* Secretaria de Editoração e Publicações – SEGRAF. 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2017/12/18/vamos-conversar-sobre-prevencao-da-automutilacao>>. Acesso em: 15 abr. 2018

SAMPAIO D. *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. 5.ed. Lisboa: Editorial Caminho; 1991

SANTOS, L. C. S.; FARO, A. Aspectos conceituais da autoinjúria: Uma revisão teórica. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 12, n. 1, 26 abr. 2018.

SARAFF, P. D.; TRUJILLO, N.; PEPPER, C. M. Functions, Consequences, and Frequency of Non-suicidal Self-Injury. *Psychiatric Quarterly*, v. 86, n. 3, p. 385–393, set. 2015.

SAVAZONI, R. As redes são as ruas são as redes: o território híbrido da ciberpolítica. *Revista Z cultural*, v. XI, n. 1, p. 10, 2016.

SCOLIERS, G. et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 44, n. 8, p. 601–607, 1 ago. 2009.

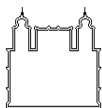
SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, v. 17, n. 1, p. 14, 2015.

SILVA, É. DE L. Cortes nas Redes: convivendo com automutiladores em seus ciberbastiões. . In: 30^a REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. João Pessoa/PB: 2016. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/30rba/admin/files/1467653461_ARQUIVO_CortesnasRedes.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018

SIMIONI, A. R. Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna. Dissertação (Mestrado)—Porto Alegre- RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

- SKEGG, K. Self-harm. *Lancet* (London, England), v. 366, n. 9495, p. 1471–1483, 22 out. 2005.
- STANLEY, B. et al. Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *American Journal of Psychiatry*, v. 158, n. 3, p. 427–432, mar. 2001.
- TALIAFERRO, L. A. et al. Factors Distinguishing Youth Who Report Self-Injurious Behavior: A Population-Based Sample. *Academic Pediatrics*, v. 12, n. 3, p. 205–213, maio 2012.
- TELLES, A. *A revolução das mídias sociais: casos, conceitos, dicas e ferramentas*. São Paulo: M. Books, 2010. Disponível em <<http://www.andretelles.net.br/downloads/a-revolucao-das-midias-sociais-andre-telles.pdf>> Acesso em: 12 Nov. 2018.
- WAGNER, A. et al. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 1, p. 147–156, 1999.
- WALSH, B. W. *Treating Self-Injury, Second Edition: A Practical Guide*. [s.l.] Guilford Press, 2012.
- WE ARE SOCIAL. Global Digital Report 2019. Disponível em: <<https://wearesocial.com/global-digital-report-2019>>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- WERLANG, BG, BOTEGA NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide case. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25(4):212-219.
- WHITLOCK, J. Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, v. 117, n. 6, p. 1939–1948, 1 jun. 2006.
- WHITLOCK, J. et al. Non-suicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, v. 52, n. 4, p. 486–492, abr. 2013.
- WHITLOCK, J.; EXNER-CORTENS, D.; PURINGTON, A. Assessment of nonsuicidal self-injury: Development and initial validation of the Non-Suicidal Self-Injury–Assessment Tool (NSSI-AT). *Psychological Assessment*, v. 26, n. 3, p. 935–946, 2014.
- WHITLOCK, J.; SELEKMAN, M. Non-suicidal Self-Injury Across the Life Span. In: NOCK, M. (Ed.). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford library of psychology. New York: Oxford University Press, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Geneva: WHO, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.
- YOU, J. et al. The prevalence of non-suicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research*, v. 15, n. 1, p. 75–86, 28 jan. 2011.

ZETTERQVIST, M. The DSM-5 diagnosis of non-suicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 9, n. 1, dez. 2015.



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA – FAMILIAR

Nome entrevistadora: _____

Data: ___ / ___ / ___ Local: _____

- I. Contato Inicial:** esclarecer sobre a pesquisa, assegurar o consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade pessoal e familiar. TCLE
- II. Dados de identificação do FAMILIAR participante da pesquisa**

Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado civil		Naturalidade:
Ocupação:		
Escolaridade:		
<input type="checkbox"/> não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 2o grau completo <input type="checkbox"/> 1o grau incompleto <input type="checkbox"/> grau incompleto <input type="checkbox"/> 1o grau completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo		
Fontes de renda (mais de 1 opção de resposta):		
<input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> aluguel <input type="checkbox"/> mesada <input type="checkbox"/> bolsa-auxílio <input type="checkbox"/> benefício do Estado <input type="checkbox"/> emprego formal <input type="checkbox"/> emprego informal/biscate		
Tipo de moradia		<input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada
Número de cômodos _____	Número de residentes: _____	
Rede de esgotos/água encanada		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Luz elétrica <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Coleta de lixo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Cidade onde mora:		Área rural ou urbana: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Grau de afinidade/parentesco:		

- III. Dados de identificação da CRIANÇA/ADOLESCENTE envolvida no comportamento suicida**

Data de Nascimento:	Idade:	Sexo/orientação sexual:
Estado civil:		Naturalidade:
Escolaridade:		Cidade:

- IV. Família (genograma e entrevista)**

1) Antecedentes familiares	Rede de relações familiares a partir da criança/adolescente
2) Informações demográficas	Idade, datas de nascimento e datas de morte
3) Nível socioeconômico	Condição laboral
4) Funcionamento	Dados sobre saúde, emoção e comportamento
5) Destaque do ciclo de vida	Problemas de saúde física/mental, medicamentos, abuso de álcool/drogas
6) Acontecimentos críticos	Migrações, rompimentos, fracasso ou sucessos
7) Suicídio	Histórico de comportamento suicida na família

8) Relações conflitantes	Violência por parceiro íntimo, testemunha violência familiar
9) Religião	Relevância
10) Pessoas de apoio	Familiares e pares que se destacam

- Estrutura Familiar
- Relacionamento com familiares (pais, irmãos, família estendida)?
- Como agia nos relacionamentos familiares? Como era percebido na família?
- Onde e com quem encontrava apoio? Que tipo de contato mantinha com os parentes, especialmente os mais próximos?
- Houve mudanças importantes nos relacionamentos? Em que época? Que efeitos gerou?
- História de doenças graves na família? Qual? Psiquiátrica-Neurológica? Tratamentos?
- Reações da família frente à morte e a doenças?

OBS: Construir o genograma concomitante a entrevista, adicionando informações relevantes.

V. Biografia da criança/adolescente com comportamento suicida

- 1) Como foi a gravidez do(a) (*nome*)? (foi planejada, como se sentiu, complicação e parto)

Marcos do desenvolvimento	
1. O/A (<i>nome</i>) começou a mamar logo após o nascimento? (1 - 2 meses) Até quando mamou?	()Sim ()Não ()Não sabe
2. Com 1-2 meses já respondia ao sorriso?	()Sim ()Não ()Não sabe
3. Aos 7-9 meses sentava sem apoio?	()Sim ()Não ()Não sabe
4. Aos 10-12 meses engatinhava ou andava sem apoio?	()Sim ()Não ()Não sabe
5. Aos 13 a 18 meses, já andava sozinho/a?	()Sim ()Não ()Não sabe
6. No período de 2 a 3 anos há demonstrava suas alegrias, tristezas e raivas?	()Sim ()Não ()Não sabe
7. No período de 3 a 4 anos, gostava de brincar com outras crianças?	()Sim ()Não ()Não sabe
8. No período de 4 a 6 anos começou a tomar banho sozinho/a, contava ou inventava pequenas histórias?	()Sim ()Não ()Não sabe

- 2) Me fala como foi o crescimento do(a) (*nome*) até a ida à escola? Você destacaria alguma coisa? (família, creche, escola, 0 a 6 anos)
- 3) Como foi o desenvolvimento do/a (*nome*) na escola? (desempenho escolar, relacionamento com as crianças da mesma idade, tinha resistência para ir à escola, engajamento nas tarefas escolares, relações escolares com professores/direção).
- 4) Os professores, profissionais de saúde ou familiares conversavam com você sobre o desenvolvimento de (*nome*). Eles se preocupavam com algum aspecto do desenvolvimento ou do comportamento de (*nome*)?
- 5) De modo geral, você acha que o/a (*nome*) apresentou alguma dificuldade durante o seu desenvolvimento em comparação às crianças da mesma idade (linguagem, emocional, social e físico)?
- 6) O/A (*nome*) teve doenças graves (físicas, neurológica ou psiquiátrica)?
- 7) Que tratamentos foram feitos? Quem cuidou dele(a)?

- 8) A criança/adolescente já foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas?

VI. Temperamento e comportamento da criança/adolescente com comportamento suicida

- 9) Como o/a (*nome*) se comportava quando era pequeno/a? (temperamento, humor na infância - tímido/expansivo; alegre/triste; agressivo/inofensivo)
10) E como ele/a se comporta na adolescência?

Questões 2 e 3: explorar autoestima, competência, aceitação dos familiares e dos pares. Satisfeito consigo mesmo do jeito que é. Acha que não presta para nada. As pessoas da família/amigos o/a aceitam do jeito que é.

- 11) Como ele reage diante de situações difíceis? Há algo que o chateava mais?
12) Há algo que ele gostaria de mudar em sua vida?
13) O/A (*nome*) tem planos futuros?

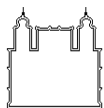
VII. Meio social

- 14) O/A (*nome*) tem muitos ou poucos amigos (mais próximo ao evento)? Como é o relacionamento com amigos? Que problemas surgem no convívio? Como o ajudam? (mais próximo ao evento)
15) Como é o relacionamento do (*nome*) com os vizinhos? (mais próximo ao evento)
16) Houve mudanças de relacionamento importantes do (*nome*) com pessoas de fora da família? Em que época?
17) O/A (*nome*) participa de alguma Igreja, grupos esportivos e grupos voluntários?

VIII) Sobre o comportamento suicida

- 18) Me conta como ocorreu? (método escolhido? visibilidade? Foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem? Proximidade de fontes de ajuda e a real intenção de morte?)
19) Onde ocorreu? Em que data, dia da semana e hora?
20) Como foram as circunstâncias do ato? (Qual o tempo decorrido entre o episódio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? Como foi o socorro?)
21) Houve atos anteriores?
22) O que você acha que levou o/a (*nome*) a esse ato?
23) Como a família reagiu a essa situação? (no momento do evento e posterior – internação, reorganização) Impacto desse ato na família? Há problemas? Como a família lida com esses problemas?
24) A família já recorreu a algum tipo de apoio? Possui rede de apoio (relações de apoio) a quem possa recorrer? Profissionais de saúde? Há dificuldades para buscar ajuda?
25) Qual foi o impacto desse ato para o/a (*nome*)? (na escola, no bairro, no círculo de amizades)?
26) Como você acha que o/a (*nome*) se sentia ANTES do ato?

1. Demonstrava pensamentos ou sentimentos de que queria se matar? (frequência, duração e intensidade?)	() Sim () Não
2. Estava confusa ou parecia ter alguma alteração nos pensamentos?	() Sim () Não
3. Falava de pensamentos, sentimentos ou ideias que pareciam “irreais”?	() Sim () Não
4. Parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?	() Sim () Não
5. Estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?	() Sim () Não
6. Costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?	() Sim () Não



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA – ADOLESCENTE

Nome entrevistadora: _____
Data: ___ / ___ / ___ Local: _____

- V. **Contato Inicial:** esclarecer sobre a pesquisa, assegurar o consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade pessoal e familiar. Leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento.

VI. Dados de identificação

Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado civil:	Naturalidade:	
Escolaridade:		
Cidade:	Endereço:	

VII. Família (genograma e entrevista)

10) Antecedentes familiares	Construir a rede de relações familiares a partir da criança/adolescente
11) Informações demográficas	Idade, datas de nascimento e datas de morte
12) Nível socioeconômico	Condição laboral
13) Funcionamento	Dados sobre saúde, emoção e comportamento
14) Destaque do ciclo de vida	Problemas de saúde física e mental, medicamentos, abuso de álcool ou drogas
15) Acontecimentos críticos	Migrações, rompimentos, fracasso ou sucessos
16) Suicídio	Histórico de comportamento suicida na família
17) Relações conflitantes	Violência por parceiro íntimo, testemunha violência familiar
18) Religião	Relevância para o significado do ato
10) Pessoas de apoio	Familiares e pares que se destacam

- Estrutura Familiar
- Relacionamento com familiares (pais, irmãos, família estendida)?
- Como agia nos relacionamentos familiares? Como era percebido na família?
- Onde e com quem encontrava apoio? Que tipo de contato mantinha com os parentes, especialmente os mais próximos?
- Houve mudanças importantes nos relacionamentos? Em que época? Que efeitos gerou?
- História de doenças graves na família? Qual? Psiquiátrica-Neurológica? Tratamentos?
- Reações da família frente à morte e a doenças?

V. Biografia do adolescente

- 28) Você saberia me contar como foi o período de gestação? (foi planejada, como sua mãe se sentiu, complicação e parto). Mamou no peito? Com que idade começou a andar?
- 29) Como foi o seu desenvolvimento na escola? (desempenho escolar, relacionamento com as crianças da mesma idade, tinha resistência para ir à escola, engajamento nas tarefas escolares, relações escolares com professores/direção).
- 30) Você teve alguma doença (física, neurológica ou psiquiátrica)?
- 31) Que tratamentos foram feitos? Quem cuidou de você?
- 32) Você já foi avaliado(a) ou acompanhado(a) por psiquiatra ou psicólogo? Que tratamento, orientações ou recomendações foram feitas?

VI. Temperamento e comportamento da criança/adolescente com comportamento suicida

- 33) Me fala como você se comportava quando era pequeno/a? (temperamento, humor na infância -tímido/expansivo; alegre/triste; agressivo/inofensivo)
- 34) E como é agora na adolescência?

Questões 2 e 3: explorar autoestima, competência, aceitação dos familiares e dos pares. Satisfeito consigo mesmo do jeito que é. Acha que não presta para nada. As pessoas da família/amigos o/a aceitam do jeito que é.

- 35) Você se aborrece com frequência? Em que tipo de situação?
- 36) Como você reage diante de situações difíceis? Há algo que o chateia mais?
- 37) Há algo que você gostaria de mudar em sua vida?
- 38) Você tem planos futuros?

VII. Meio social

- 39) Você tem muitos ou poucos amigos? Como é o seu relacionamento com os amigos? Que problemas surgem no convívio? (mais próximo ao evento)
- 40) Como é o seu relacionamento com os vizinhos? (mais próximo ao evento)
- 41) Houve mudanças de seu relacionamento com pessoas de fora da família? Em que época?
- 42) Você participa de alguma Igreja, grupos esportivos e grupos voluntários?

VIII) Sobre o comportamento suicida

- 22) Me conta como ocorreu o ato (Método escolhido? Visibilidade? Foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem? Proximidade de fontes de ajuda e a real intenção de morte?)
- 23) Onde ocorreu? Quando? (data, dia da semana e hora)
- 24) Como foram as circunstâncias? (Qual o tempo decorrido entre o ato e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? Como foi o socorro?)
- 25) Houveram tentativas anteriores?
- 26) O que você acha que te levou a fazer isso?
- 27) Como sua família reagiu a essa situação? (no momento do evento e posterior – internação) Impacto desse ato na família?
- 31) Você e sua família já recorreram a algum tipo de apoio? Possui rede de apoio (relações de apoio) a quem possa recorrer? Profissionais de saúde? Há dificuldades para buscar ajuda?
- 32) Qual foi o impacto desse ato para você? (na escola, no bairro, no círculo de amizades)?

33) Como você se sentia ANTES da tentativa?

1. Demonstrava pensamentos ou sentimentos de que queria se matar? (frequência, duração e intensidade?)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Estava confusa ou parecia ter alguma alteração nos pensamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Falava de pensamentos, sentimentos ou ideias que pareciam “irreais”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

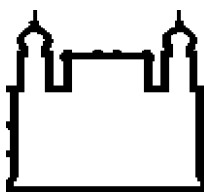
34) Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na sua família ou no seu círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Observações do pesquisador

C) Sobre a tentativa de suicídio

Quantidade e letalidade (descrever o/os episódio/s):	
Meio(s) utilizado(s):	
Gravidade:	
Local:	Data:
Idade durante a(s) tentativa(s):	
Descrever o episódio:	

D) Sobre o adolescente e o perfil emocional



**Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa**



ANEXO 3

TERMO DE ASSENTIMENTO

Prezado adolescente,

Você foi convidado(a) para fazer parte de um estudo para entender melhor as consequências do suicídio na vida dos adolescentes. Alguns jovens podem passar por situações difíceis na vida que podem deixá-las tristes ou com medo. Entender melhor como os adolescentes lidam com situações difíceis da vida poderá contribuir para ajudar no bem estar de outros jovens de diversas partes do mundo.

Podem haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você gostaria que eu explicasse melhor. Você pode me interromper a qualquer momento e eu explicarei com o maior prazer.

Estamos convidando você e outros adolescentes para participar dessa pesquisa. A sua participação é voluntária, isto é, você pode escolher se quer ou não participar. Nós conversamos sobre essa pesquisa com os seus pais ou responsáveis e eles sabem que nós também estamos solicitando o seu consentimento. Se você participar dessa pesquisa, seus pais ou responsáveis também irão assinar um papel autorizando.



Caso você não queira participar da pesquisa, você não precisa, mesmo que os seus pais tenham consentido. Seus pais não estarão junto com você durante a entrevista. Você pode retirar a sua participação a qualquer momento sem que isso traga prejuízo para você ou para a sua família. Você não terá custos financeiros para participar deste estudo e também não haverá remuneração para sua participação na pesquisa.

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não daremos nenhuma informação sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa.



Qualquer informação sobre você terá um número ao invés de seu nome. Só os investigadores saberão qual é o seu número e manteremos em segredo. Os resultados do estudo serão apenas divulgados em seminários e artigos científicos.

~~Maria~~ → 1
~~Ju 10~~ → 2

Primeiro nós iremos fazer uma série de perguntas sobre coisas que aconteceram na sua vida e sobre a sua relação com as outras pessoas da mesma idade e com a sua família. Haverão perguntas sobre coisas que aconteceram na sua vida que podem ter feito você se sentir triste, como alguma briga ou doença. Nós também perguntaremos sobre possíveis tentativas de se machucar e quais as razões que podem ter contribuído para isso.

Você não precisa responder a todas as perguntas se não quiser. Se você se sentir desconfortável ou triste ao lembrar de coisas que aconteceram na sua vida, por favor diga para mim, assim nós poderemos fazer uma pausa e conversar se você quiser. Nós conduziremos a entrevista com muita sensibilidade, pois o seu bem estar é de extrema prioridade para nós. Contudo, se você não se sentir bem disposto após a entrevista, nós podemos continuar conversando e marcar uma consulta com um psicólogo aqui da sua cidade.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Tel e Fax (021) 25982863. E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br Site<<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>>

Você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, JovianaAvanci, no endereço: Avenida Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-361. Prédio Expansão Campus. Tel e Fax: (21)2290-4893, no horário de 8:00 às 17:00 horas, ou por email: joviana@claves.fiocruz.br.

Você pode conversar sobre qualquer coisa deste termo com os seus pais ou amigos ou qualquer outra pessoa que você se sinta confortável. Você poderá decidir se quer ou não participar depois de ter conversado sobre isso com alguém. Você não precisa decidir imediatamente. Você tem alguma dúvida? Por favor, pergunte caso tenha qualquer dúvida.



Eu entendi que a pesquisa é sobre o impacto de situações difíceis na vida de adolescentes e eu entendi que irei conversar com a pesquisadora sobre coisas que podem ter me deixado triste no passado.

_____, _____ de _____ de 2017.

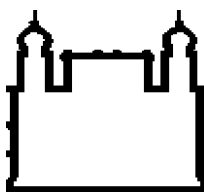
Nome completo: _____

Assinatura Participante*: _____

Assinatura Pesquisador responsável: _____

(JovianaQuintesAvanci)

*Caso o(a) você tenha dificuldade para ler () SIM () NÃO o escrito acima, a pesquisadora fará leitura pausada desse documento e irá esclarecer a todas as suas dúvidas. Antes da leitura desse documento a pesquisadora irá ler o seguinte parágrafo: “Devido à dificuldade ou impossibilidade de leitura do Termo de Consentimento presente, eu, na qualidade de pesquisadora, irei ler o Termo de Consentimento na íntegra e o adolescente irá dizer seu nome completo e depois poderá confirmar ou não oralmente se concorda em participar da presente pesquisa. A estratégia de gravação da leitura e concordância oral com o Termo de Consentimento Esclarecido substitui a assinatura do participante de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510% 16. Toda a leitura do termo, incluindo este parágrafo será gravado”.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FAMILIAR (ADULTO)

Prezado participante,

Você é convidado a participar da pesquisa **“Violência autoprovocada na infância e na adolescência”**, desenvolvida pela Dra. Joviana Avanci, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). O objetivo central do estudo é conhecer sobre o tema do suicídio e da tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes no país.

São convidados a participar da pesquisa familiares de crianças e adolescentes que tentaram ou cometeram suicídio, bem como profissionais integrantes do serviço de saúde. Deve ficar claro que sua participação é voluntária. A decisão é sua de querer ou não participar. Além disso, você precisa se sentir esclarecido e informado sobre a pesquisa para tomar a decisão em participar. A sua não participação na pesquisa não acarretará nenhum dano na sua relação com as unidades de saúde. Também deve ficar claro que você poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem que ocorra qualquer tipo de penalização para você. Contudo, a sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas por você. Tomaremos todos os cuidados necessários para que qualquer dado que possa identificá-lo e a sua família seja omitido. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Toda informação obtida será cuidadosamente guardada em local reservado, vedado ao acesso de terceiros, no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli por um período de cinco anos. Somente terá acesso ao material da pesquisa a coordenadora do projeto e a equipe de pesquisadores do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. O material de pesquisa será utilizado unicamente para o propósito desse estudo. Caso concorde em participar da pesquisa, você responderá questões que envolvam o a situação da tentativa/suicídio. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Caso você venha a sentir qualquer desconforto ou sinta-se emocionalmente abalado(a) ou triste, por favor me avise, nós podemos interromper a entrevista e recomeçá-la novamente quando você estiver se sentindo mais calmo(a). Muitos acreditam que falar sobre assuntos estressantes e difíceis pode ajudar a se sentir mais aliviado(a) e tranquilo(a). Contudo, se você não se sentir assim podemos acionar um serviço de saúde local para te dar apoio e receber acompanhamento. Lembro que você pode interromper a entrevista a hora que quiser sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Além disso, em caso de qualquer desconforto ou constrangimento em relação às perguntas formuladas, você tem todo o direito de não respondê-las. A pesquisadora conduzirá a entrevista com muita sensibilidade, pois o seu bem estar é de alta prioridade para nós.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, entretanto, você estará contribuindo para a investigação e o conhecimento sobre o tema no país. Quanto aos benefícios indiretos relacionados a sua colaboração nesta pesquisa, as informações dadas poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e promoção da saúde das famílias, além de apoio na formulação de políticas públicas que envolvam o tema do suicídio. Visa também a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar de crianças, adolescentes e famílias. Os resultados

do estudo serão divulgados em relatório final de pesquisa, seminários e artigos científicos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863, E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Você também poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Joviana Avanci, no endereço: Avenida Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-361. Prédio Expansão Campus. Tel e Fax: (21)3882-9155, no horário de 9:00 às 17:00 horas, ou por email: joviana@claves.fiocruz.br.

Desta maneira solicitamos o seu consentimento para participar da pesquisa nos termos referidos acima. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora. Por favor, rubrique todas as páginas desse termo. O pesquisador responsável também deverá rubricar todas as páginas. Caso concorde em participar, por favor, assine abaixo.

_____, _____ de _____ de 2017.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar dela.

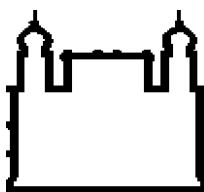
Nome completo: _____

Assinatura Participante*: _____

Assinatura Pesquisador responsável: _____

(Joviana Quintes Avanci)

*Caso o(a) participante tenha dificuldade para ler () SIM () NÃO o escrito acima, a pesquisadora fará leitura pausada desse documento e irá esclarecer a todas as suas dúvidas. Antes da leitura desse documento a pesquisadora irá ler o seguinte parágrafo: “Devido à dificuldade ou impossibilidade de leitura do Termo de Consentimento presente, eu, na qualidade de pesquisadora irei ler o Termo de Consentimento na íntegra e o(a) participante irá dizer seu nome completo e depois poderá confirmar ou não oralmente se concorda em participar da presente pesquisa. A estratégia de gravação da leitura e concordância oral com o Termo de Consentimento Esclarecido substitui a assinatura do participante de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16. Toda a leitura do termo, incluindo este parágrafo será gravado”.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PAIS OU RESPONSÁVEIS

Prezados pais ou responsáveis,

O/A adolescente está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Violência autoprovocada na infância e na adolescência”**, desenvolvida pela Dra. Joviana Avanci, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). O objetivo central do estudo é conhecer sobre o tema do suicídio entre as crianças e adolescentes no país. São convidados a participar da pesquisa adolescentes que tentaram ou cometeram suicídio e alguns familiares. Deve ficar claro que o adolescente só participará da pesquisa se você autorizar. Além disso, o(a) adolescente terá adicionalmente a decisão de querer ou não participar através do termo de assentimento. Você deve sentir-se suficientemente esclarecido(a) e informado(a) sobre a pesquisa para tomar a sua decisão. A não participação na pesquisa não acarretará nenhum dano para o adolescente nem para você. Deve ficar claro que o(a) adolescente poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem que ocorra qualquer tipo de penalização. Contudo, a participação do adolescente é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas por ele(a). Tomaremos todos os cuidados necessários para que qualquer dado que possa identificá-lo e a sua família seja omitido. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o(a)adolescente poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. As informações concedidas pelo(a) adolescente não serão compartilhadas com os pais ou responsáveis. Toda informação obtida será cuidadosamente guardada em local reservado, vedado ao acesso de terceiros, no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli por um período de cinco anos. Somente terá acesso ao material da pesquisa a coordenadora do projeto e a equipe de pesquisadores do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. O material de pesquisa será utilizado unicamente para o propósito desse estudo.

A participação do adolescente consistirá em responder perguntas sobre os eventos relacionados a tentativa de suicídio, ou seja, suas características, sua relação com a família, com a escola e a comunidade. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. Caso o adolescente venha a sentir qualquer desconforto ou sinta-se emocionalmente abalado(a) ou triste, nós iremos interromper a entrevista e recomencá-la novamente apenas quando o adolescente estiver se sentindo mais calmo(a). Muitos acreditam que falar sobre assuntos difíceis e estressantes pode ajudar a se sentir mais aliviado(a) e tranquilo(a). Contudo, se você não se sentir assim podemos acionar um serviço de saúde local para te dar apoio e receber acompanhamento. Lembro que você

pode interromper a entrevista a hora que quiser sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Além disso, em caso de qualquer desconforto ou constrangimento em relação às perguntas formuladas, o adolescente tem todo o direito de não respondê-las. A pesquisadora conduzirá a entrevista com muita sensibilidade, pois o bem estar do adolescente é de alta prioridade para nós.

A participação na pesquisa não trará nenhum benefício direto, entretanto, o adolescente estará contribuindo para a investigação e o conhecimento sobre o tema no país. Quanto aos benefícios indiretos relacionados à colaboração nesta pesquisa, as informações dadas poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e promoção da saúde das famílias, além de apoio na formulação de políticas públicas. Visa também a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar de crianças, adolescentes e famílias. Os resultados do estudo serão divulgados em relatório final de pesquisa, seminários e artigos científicos.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/
FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro –
RJ - CEP: 21041-210. Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 .E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br,
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Você e o adolescente também poderão entrar em contato com a pesquisadora responsável, Joviana Avanci, no endereço: Avenida Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-361. Prédio Expansão Campus. Tel e Fax: (21)3882-9155, no horário de 9:00 às 17:00 horas, ou por email: joviana@claves.fiocruz.br.

Desta maneira solicitamos o seu consentimento para a PARTICIPAÇÃO do adolescente

_____, (nome)
na pesquisa, nos termos referidos acima. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o(a) pesquisador(a). Por favor, rubricue todas as páginas desse termo e caso concorde com a participação do adolescente assine abaixo. O(a) pesquisador(a) responsável também deverá rubricar todas as páginas. Declaro que entendi os objetivos e condições da participação do adolescente na pesquisa e o meu consentimento para a sua participação.

_____, _____ de _____ de 2017.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar dela.

Nome completo:

Assinatura Participante*:

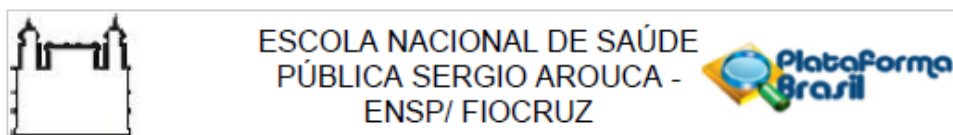
Assinatura Pesquisador responsável:

(Joviana Quintes Avanci)

*Caso o(a) responsável pelo adolescente tenha dificuldade para ler () SIM () NÃO o escrito acima, a pesquisadora fará leitura pausada desse documento e irá esclarecer a todas as suas dúvidas. Antes da leitura desse documento a pesquisadora irá ler o seguinte parágrafo: “Devido à dificuldade ou impossibilidade de leitura do Termo de Consentimento presente, eu, na qualidade de pesquisadora, irei ler o Termo de Consentimento na íntegra e o(a) responsável pelo adolescente irá dizer seu nome completo e depois poderá confirmar ou não oralmente se concorda em participar da presente pesquisa. A estratégia de gravação da leitura e concordância oral com o Termo de Consentimento Esclarecido substitui a assinatura do participante/responsável de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510%16. Toda a leitura do termo, incluindo este parágrafo será gravado”.

ANEXO 6

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ENSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Violência autoprovocada na infância e na adolescência

Pesquisador: Joviana Quintes Avanci

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 57445916.7.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.267.316

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a uma solicitação de emenda 2 com a seguinte justificativa:

"O prazo do projeto foi estendido em função da elaboração de um livro que está em fase de elaboração e será enviado para editora científica. Bem como houve a inclusão da aluna Aline Ferreira Gonçalves do mestrado acadêmico da ENSP/Fiocruz, pois sua dissertação parte dos objetivos específicos da proponente pesquisa e está sob orientação da pesquisadora responsável da mesma. Vale ressaltar que, sua dissertação também encontra-se vinculada ao projeto "Violência na comunicação digital: análise dos discursos e práticas disseminados na internet sobre homofobia, autoperpetração de violências, cyber dating abuse e cyberbullying" (CAAE: 58943916.3.0000.5240), por também contemplar um de seus objetivos específicos. Ambas as pesquisas são transversalizadas por um tema em comum, a autolesão em adolescentes brasileiros, tema principal da dissertação da aluna de mestrado."

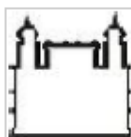
A apresentação do projeto foi descrita no parecer substanciado de aprovação número 2.121.210, emitido pelo CEP/ENSP em 14/06/2017.

O projeto também recebeu os seguintes pareceres substanciados:

número 2.295.394, em 25/09/2017 (emenda 1)

número 2.097.566, em 02/06/2017 (pendencias)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manginhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.267.316

número 1.663.953, em 04/08/2016 (pendências).

Cabe notar que foram incluídos na Plataforma Brasil e analisados os documentos referentes ao subprojeto Autolesão e as Redes Sociais Virtuais, da mestranda Aline Ferreira Gonçalves, qualificado em 04/12/2018.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 2.121.210, emitido pelo CEP/ENSP em 14/06/2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 2.121.210, emitido pelo CEP/ENSP em 14/06/2017.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentou todos os elementos necessários à apreciação ética da emenda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os primeiros termos de apresentação obrigatória foram descritos no parecer consubstanciado nº 2.121.210, emitido pelo CEP/ENSP em 14/06/2017.

Para a solicitação desta emenda, foram apresentados os seguintes termos:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1294363_E2.pdf, datado de 08/04/2019;
- Relatório parcial, informando o andamento da pesquisa e a prorrogação de seu término para 31/03/2020, nomeado relatorio_.pdf, postado em 08/04/2019;
- Projeto na íntegra da mestranda nomeado Subprojeto_Aline_Ferreira_.pdf, postado em 08/04/2019;
- Formulário de submissão de sub projeto ao CEP/ENSO, nomeado Formulario_de_subprojeto_Aline_Ferreira_.pdf, postado em 08/04/2019;
- Formulário de encaminhamento do projeto da mestranda nomeado Formulario_de_encaminhamento_de_projeto_Aine_Ferreira.pdf, postado em 08/04/2019;
- Termo de compromisso assinado pela pesquisadora do projeto matriz, configurando o projeto da mestranda como subprojeto, nomeado Termo_de_compromisso_de_subprojeto_Aline_Ferreira_.pdf, postado em 08/04/2019;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.267.316

- Termo de Compromisso com o Uso de Dados, assinado pela mestranda, nomeado TCUD_Aline_Ferreira_.pdf, postado em 08/04/2019.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que a presente emenda não altera os objetivos do projeto e seus requisitos éticos, podendo ser implementada a partir da data de emissão deste parecer.

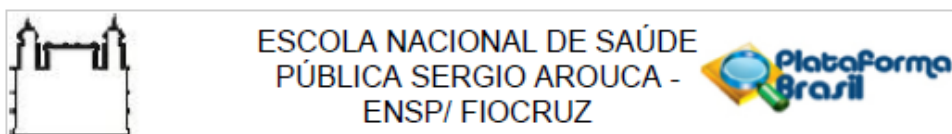
Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP/ENSP se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1294363_E2.pdf	08/04/2019 16:30:01		Aceito
Outros	relatorio_.pdf	08/04/2019 16:12:36	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Subprojeto_Aline_Ferreira_.pdf	08/04/2019 15:59:35	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	TCUD_Aline_Ferreira_.pdf	08/04/2019 15:58:47	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_subprojeto_Aline_Ferreira_.pdf	08/04/2019 15:58:16	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Formulario_de_subprojeto_Aline_Ferreira_.pdf	08/04/2019 15:57:48	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Formulario_de_encaminhamento_de_projeto_Aline_Ferreira.pdf	08/04/2019 15:56:51	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	SMSPA_Termo_de_Ciencia_e_Aprovacao_da_Coordenacao.pdf	21/09/2017 15:41:07	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	SMSPA_Termo_compromisso_utilizacao_divulgacao_dados.pdf	21/09/2017 15:39:37	Joviana Quintes Avanci	Aceito

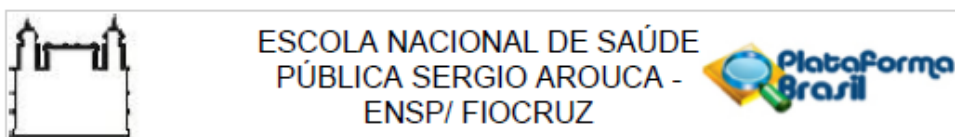
Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.267.316

Outros	SMSPA_formulario_projeto_de_pesquisa.pdf	21/09/2017 15:38:55	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	CV_SimoneGoncalvesAssis.pdf	21/09/2017 11:42:29	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	CV_Joviana_Avanci.pdf	21/09/2017 11:42:09	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	GHC_Termo_autorizacao.pdf	21/09/2017 11:07:40	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	GHC_Termo_Entrega_Relatorio_parcial_final.pdf	21/09/2017 11:07:00	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	GHC_Relacao_integrantes_pesquisa.pdf	21/09/2017 11:06:36	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	GHC_Termo_anuencia_responsavel_setor_GHC.pdf	21/09/2017 11:05:04	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_pesquisa_Fiocruz.pdf	21/09/2017 10:59:24	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	MANUAL_PESQUISA_06_2017.pdf	06/06/2017 14:28:25	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2097566.doc	06/06/2017 14:27:53	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_1663953.doc	10/04/2017 16:42:21	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	CartaCompromisso_TermoJustificativa.pdf	10/04/2017 16:19:51	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	TCUD_CEP_ENSP.pdf	10/04/2017 16:18:35	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/04/2017 16:17:58	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	10/04/2017 16:16:52	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Termo_anuencia_outros_servicos_saude.docx	10/04/2017 16:11:46	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Termo_anuencia_CAPSi.docx	10/04/2017 16:11:00	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_profissionais_saude.doc	10/04/2017 16:06:53	Joviana Quintes Avanci	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_equipe_de_saude.doc	10/04/2017 16:01:54	Joviana Quintes Avanci	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel.doc	10/04/2017 16:00:37	Joviana Quintes Avanci	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_familiar_modificado.doc	10/04/2017 16:00:27	Joviana Quintes Avanci	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.267.316

Justificativa de Ausência	TCLE_familiar_modificado.doc	10/04/2017 16:00:27	Joviana Quintes Avanci	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento.doc	10/04/2017 15:59:05	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	FolhaRosto_JovianaAvanci.pdf	04/08/2016 21:38:47	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	30/06/2016 13:16:29	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.doc	29/06/2016 08:21:49	Joviana Quintes Avanci	Aceito
Outros	Roteiro_genograma.doc	29/06/2016 07:59:33	Joviana Quintes Avanci	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
GINA TORRES REGO MONTEIRO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br