UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ALINE CONCEIÇÃO SILVA

COMPORTAMENTO AUTOLESIVO NÃO SUICIDA EM REDES SOCIAIS VIRTUAIS

DIVINÓPOLIS
2016

ALINE CONCEIÇÃO SILVA

COMPORTAMENTO AUTOLESIVO NÃO SUICIDA EM REDES SOCIAIS VIRTUAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Nadja Cristiane Lappann Botti

DIVINÓPOLIS

2016

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

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586c

Silva, Aline Conceição.
Comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais / Aline Conceição Silva ; orientadora Nadja Cristiane Lappann Botti. -- Divinópolis, 2016.
153 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del-Rei, 2016.

1. Automutilação. 2. Internet. 3. Enfermagem. 4. Saúde Mental. I. Botti, Nadja Cristiane Lappann, orient. II. Título.

Nome: Aline Conceição Silva

Título: Comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da

Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

APROVADA em: _____ de _____ de 2016.

Banca examinadora

Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Assinatura:

Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura:

Prof. Dr. Alisson Araújo

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Assinatura:

À **Deus** por me amar tanto e me propiciar ser tão feliz, por me achar merecedora dessa conquista, por me cuidar e cercar de bem. Sinto Seu amor em cada palavra de carinho que recebo, em cada pequeno milagre diário e em cada momento de incerteza em que me faz forte. À minha mãe Nossa Senhora, por me acalentar e me proteger.

Agradeço a minha **família**, por toda a ajuda e atenção dispensada, por entender minhas ausências e acreditar que posso mais. À minha mãe, meu exemplo de força, coragem e persistência. Obrigada por ter-se feito tão forte, quando precisava de proteção, reconheço sua luta! Eu te amo! Ao meu pai, que me ensinou a me doar sem esperar algo em troca. Sua honestidade e seu amor estão gravados em mim. Às minhas irmãs e meus cunhados, obrigada pelo apoio, cuidado e respeito. Agradeço aos meus reizinhos, Arthur e Davi, ainda tão pequeninos, o sorriso de vocês me faz sentir especial.

À minha **orientadora** pela amizade, por me ajudar a construir algo tão rico, por me propiciar tanto conhecimento e por me oportunizar crescer e ser uma pessoa melhor.

Dedico

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Nadja Cristiane Lappann Botti, você é um ser humano indescritível, obrigada por me mostrar que o mundo pode ser diferente e que “a vida não é retilínea e uniforme”. Obrigada pela generosidade de me acolher, confiar e cuidar. Obrigada por mostrar novos caminhos, a me ensinar a ser melhor comigo e com os outros. Obrigada por acreditar e apostar em minhas ideias, a construir meus sonhos. Obrigada por me querer sempre bem.

Ao professor Alisson Araújo, por ser tão humano e atencioso, suas palavras doces foram incentivadoras e importantes em muitos momentos.

À professora Jacqueline Machado, obrigada pelo companheirismo, pelos ensinamentos e por suavizar tantos momentos.

À Barbarela minha irmã do coração, obrigada por permitir e crer nos meus sonhos, sua ternura e determinação se fizeram espelho no meu caminho.

À Camilinha, obrigada por segurar minha mão, por compartilhar sonhos, por me ajudar a crescer e não me deixar desistir. Obrigada por entender minhas longas caminhadas e me acompanhar no chocolate quando eu estava triste. Obrigada por entender minha teimosia e saber lidar com minhas tempestades. Sou muito feliz por te ter nesse caminho! “Per l’amaro e il dolce”

À Hirlaine pelo apoio, por se fazer sempre presente, mesmo distante, por acreditar em mim e torcer pelas minhas conquistas.

À Luiza, Marina e Gabi agradeço a cada momento de afago, a cada gesto de carinho, palavra amiga e as risadas. Vocês fizeram esse processo de aprendizado mais leve e engraçado.

Ao Leonardo, obrigada por me apoiar, por oferecer tanto amor sem cobranças e entender minha ausência e meus lapsos.

À Aline Araújo, sempre com jeitinho para achar soluções para me ajudar e me reerguer. Obrigada por estar ao meu lado!

À Isabelita, obrigada pelo carinho, por estar sempre por perto e por procurar todas as formas de me ajudar.

À Poliane, obrigada pela amizade e cuidado, obrigada por ser tão meiga e atenciosa.

Ao Paulo Henrique Fonseca pela confiança e por contribuir gentilmente na construção do saber.

À Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente (REMSA) por acolher e propiciar conhecimentos sobre a assistência ao adolescente.

Ao Leandro por toda paciência nos cálculos e por ter sempre uma palavra amiga.

Às meninas da república Filhas da Mãe, obrigada pelos momentos de descontração, pelas risadas e brincadeiras.

À Jacqueline Almeida pela disponibilidade e gentileza.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFSJ pelos ensinamentos.

Agradeço a vida, hoje tão reluzente, por muitas vezes incompreensível, mas tão bela.

“[...] A alma do homem ganhou asas e, finalmente, ele está a começar a voar. Ele está a voar para o arco-íris, para a luz da esperança, para o futuro, esse futuro glorioso que te pertence, que me pertence, que pertence a todos nós”.

(Charles Chaplin, 1940)

RESUMO

SILVA, A.C. Comportamento autolesivo não suicida em Redes Sociais Virtuais. Dissertação (Mestrado). Divinópolis: Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei; 2016.

Introdução: O interesse científico e clínico pelo comportamento autolesivo não suicida vem crescendo gradativamente nos últimos 20-30 anos. Com o advento da *internet* e suas facilidades de conexão, comunicação e acesso a grande e a qualquer tipo de conteúdo, expandiu-se o interesse na busca de informações pelo comportamento autolesivo. Sabe-se que a *internet* influencia ativamente a vida das pessoas, sendo importante questionar sobre essa influência. Dessa forma o **objetivo** geral desse estudo foi analisar o comportamento de participantes de grupo de auto lesão não suicida em Rede Social Virtual. Como objetivos específicos elencou-se a caracterização do perfil dos participantes e suas características identitárias. Em relação ao grupo, identificar a composição estrutura e dinâmica do grupo em rede social virtual, e identificar o processamento da auto lesão não suicida no grupo em rede social virtual. **Método**: Para melhor compreensão do fenômeno, optou-se por trabalhar com metodologia mista, sendo estudo de revisão integrativa de literatura, estudo quantitativo e estudo qualitativo a partir de depoimentos e imagens postados em um grupo de autolesão na rede social virtual *Facebook*. **Resultados:** através da revisão integrativa de literatura evidenciou-se que fatores de risco para o comportamento autolesivo, observaram-se generalidades do comportamento estando presentes em todas as etapas do desenvolvimento humano, bem como fatores específicos que se apresentam particularmente em cada fase do ciclo de vida e de acordo com especificidades de cada gênero. O estudo quantitativo aponta características importantes do perfil dos participantes de um grupo de automutilação em Rede Social Virtual. Identificando maior frequência do gênero feminino, escolares, status de relacionamento solteiro e residentes na região sudeste. O estudo qualitativo identificou características estruturais, funcionais, a dinâmica do grupo virtual e processamento da autolesão não suicida, ainda a comunicação suicida e suas vulnerabilidades no grupo de automutilação em Rede Social Virtual. **Conclusão**: Os resultados evidenciados neste estudo são ferramentas importantes na construção do saber sobre a autolesão não suicida e *internet*. São dados de relevância na formulação de medidas de prevenção e ressaltam a necessidade de um novo olhar no cuidado em saúde, pois se percebe reformulação na conjuntura social frente à *internet* nos fazendo repensar a dimensão do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Automutilação; *Internet*; Saúde Mental.

ABSTRACT

SILVA, A.C. Self-injurious behavior not suicidal in Virtual Social Networks. Dissertation (MS). Divinópolis: Graduate Academic Program Master in Nursing, Federal University of São João del Rei; 2016.

Introduction: The scientific and clinical interest in non-suicidal behavior has been increasing gradually over the last 20-30 years. With the advent of the Internet and its facilities for connection, communication and access to large and one type of content, the interest in seeking information about self-injurious behavior has expanded. It is known that an internet has influenced people's lives, and it is important to question this influence. Thus, the general **objective** of the study was to analyze the behavior of participants of non-suicidal self injury group in Virtual Social Network. As specific objectives a characterization of the profile of the participants and their identity characteristics was selected. In relation to the group, identify a structural and dynamic structure of the group in virtual social network, and identify the processing of non-suicidal self injury in the group in virtual social network. **Method:** For a better understanding of the phenomenon, it was decided to work with mixed methodology, being an integrative review of literature, quantitative study and qualitative study from testimonies and images posted in a group of self-harm in the virtual social network Facebook. **Results:** to analyze the integration of the literature, it was evidenced that the risk factors for self-assessed behavior, general behavior were observed being present in all stages of human development, as well as the specific factors that stand out in each phase of the cycle Life and according to specificities of each gender. The quantitative study points out important characteristics of the profile of the participants of a self-mutilation group in Virtual Social Network. Identifying greater frequency of female gender, schooling, single relationship status and residents in the southeast region. The qualitative study identified structural, functional characteristics, a dynamics of the virtual group and non-suicidal autopsy processing, still a suicidal communication and its vulnerabilities not a group of self-mutilation in Virtual Social Network. **Conclusion:** The results evidenced in this study are important for the construction of knowledge about suicide on the internet. The data are relevant for the formulation of prevention measures and highlight the need for a new examination in health care.

Keywords: Self-mutilation; *Internet*; Mental health.

RESUMEN

SILVA, A. C. autolesiva comportamiento no suicida en las redes sociales virtuales. Master (MS). Divinópolis: Maestro Programa Académico de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de São João del Rei; 2016.

Introducción: El interés científico y clínico en el comportamiento suicida no ha ido creciendo poco a poco en los últimos 20-30 años. Con el advenimiento de la Internet y sus posibilidades de conexión, comunicación y acceso a grandes y un tipo de contenido, amplió el interés por la información sobre la conducta autolesiva. Se sabe que el Internet influyó en las vidas de las personas, es importante preguntar acerca de esa influencia. Así, el **objetivo** general del estudio fue analizar el comportamiento del grupo de auto lesión de los participantes no suicidas en la red social virtual. Los objetivos específicos enumerados a cabo una caracterización del perfil de los participantes y sus características de identidad. En cuanto al grupo, identificar un marco estructural dinámica y de grupo en la red social virtual, e identificar el tratamiento de lesiones auto no se suicida en el grupo en la red social virtual. **Método:** Para una mejor comprensión del fenómeno, se optó por trabajar con metodología mixta, y el estudio de revisión integradora de la literatura, el estudio cuantitativo y cualitativo del estudio testimonios e imágenes publicados en un grupo de auto-lesión en la red social Facebook. **Resultados:** Al analizar la literatura de la integración mostraron que los factores de riesgo para el comportamiento auto-evaluarse, se observaron geralidades de comportamiento que está presente en todas las etapas del desarrollo humano, así como los factores específicos que se destacan en cada fase del ciclo la vida y de acuerdo con las características específicas de cada género. El estudio cuantitativo muestra características importantes del perfil de los participantes en el grupo de auto-mutilación red social virtual. La identificación más a menudo femenino, la escuela, el estado y la única relación residente en el sureste. El estudio cualitativo identificada grupo estructural, funcional, dinámico virtual y procesamiento de la autopsia no suicida, incluso la comunicación suicida y vulnerabilidades no automutilación colectiva red social virtual. **Conclusión:** Los resultados mostrados en este estudio son importantes para la construcción del conocimiento sobre el suicidio en el Internet. Son datos relevantes para la formulación de medidas para prevenir y poner de relieve la necesidad de un nuevo examen en el cuidado de la salud.

Palabras clave: La automutilación; La *internet*; La salud mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	-	Natureza dos atos violentos	**26**
Figura 2	-	Tradução Classificação de comportamentos e pensamentos autodestrutivos	**30**
Figura 3	-	Representação da prevalência relativa de autolesão não suicida e suicídio em pessoas jovens	**31**
Figura 4	-	Mecanismo Autolesão não suicida	**33**
Figura 5	-	Locais comuns para a autolesão não suicida	**35**
Figura 6	-	Classificação do comportamento autolesivo de acordo com o Inventário de autodano deliberado	**36**
Figura 7	-	Modelo teórico integrado do desenvolvimento e manutenção de autolesão não suicida	**39**
Figura 8	-	Esquema das abordagens metodológicas definidas para estudo	**44**
Figura 9	-	Esquema sobre a escolha do grupo de pesquisa	**47**

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	-	Tipologia da violência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)	**25**
Quadro 2	-	Classificação da automutilação segundo Favazza e Rosenthal (1993)	**28**
Quadro 3	-	Critérios propostos para a autolesão não suicida de acordo com o DSM-V	**34**
Quadro 4	-	Fatores teóricos para funções da automutilação de acordo com Nock e Prinstein (2004)	**37**
Quadro 5	-	Fatores de risco para automutilação	**38**
Quadro 6	-	Comparativo de acesso à comunidades e vídeos com o termo "automutilação" nos últimos 3 biênios.	**40**
Quadro 7	-	Critérios para avaliação da pesquisa	**50**
Quadro 8	-	Resumo do Percurso Metodológico	**54**
Quadro 9	-	Resumo dos resultados a partir do estudo e objetivo propostos.	**57**

LISTA DE ABREVIATURAS

RSV	-	Rede Social Virtual
IBECS	-	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de La Salud
HTA	-	Avaliações de tecnologias Sanitárias
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
CENTRAL	-	Ensaios Clínicos Controlados
MEDLINE	-	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
SPSS	-	Statistical Package for the Social Sciences
BIREME	-	Biblioteca Virtual de Saúde
CEPES	-	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
CCO	-	Campus Centro Oeste Dona Lindu
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
BDI	-	Escala de Depressão de Beck
TOC	-	Transtorno Obsessivo Compulsivo
SOC	-	Sintomas Obsessivos Compulsivos
TPB	-	Transtorno de Personalidade Borderline
TEPT	-	Transtorno de Estresse Pós Traumático
DSM	-	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
RIL	-	Revisão Integrativa da Literatura
ABNT	-	Associação Brasileira de Normas Técnicas
VANCOUVER	-	Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas
APA	-	American Psychological Association

Sumário

1 APRESENTAÇÃO 18
2 INTRODUÇÃO 20
3 OBJETIVOS 23
3.1 Objetivo geral 23
3.2 Objetivos específicos 24
4 REFERENCIAL TEÓRICO 25
4.1 Aspectos conceituais do comportamento autolesivo 25
4.2 Aspectos epidemiológicos do comportamento autolesivo não suicida 31
4.3 Aspectos clínicos do comportamento autolesivo não suicida 33
4.4 Aspectos psicossociais do comportamento autolesivo não suicida 37
4.5 Aspectos contemporâneos do comportamento autolesivo não suicida 40
5 METODOLOGIA 44
5.1 Estudo de Revisão Integrativa da Literatura 45
5.1.1 Tipo de estudo 45
5.1.2 Critérios de inclusão e exclusão 45
5.1.3 Coleta de dados 45
5.2 Estudo Quantitativo 46
5.2.1 Tipo de estudo 46
5.2.2 Local e período do estudo 46
5.2.3 População e amostra 48
5.2.4 Coleta e tratamento dos dados 48
5.3 Estudo Qualitativo 49
5.3.1 Tipo de estudo 49
5.3.2 Local e período do estudo 51
5.3.3 População e amostra 51
5.3.4 Coleta e tratamento dos dados 51
5.4 Preceitos éticos 54
6 RESULTADOS 57
6.1 ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 58
6.1.1 Comportamento autolesivo ao longo do ciclo de vida: Revisão Integrativa da Literatura 58
6.2 ESTUDO QUANTITATIVO 76
6.2.1 Representações identitárias de participantes de grupo de automutilação em rede social virtual 76

6.3 ESTUDO QUALITATIVO 88

6.3.1 Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual *Facebook* 88

6.3.2 Processo do comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais 106

6.3.3 Comunicação suicida em grupos online de automutilação 121

7 LIMITAÇÕES 134
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 136
REFERÊNCIAS 139
APÊNDICES 144
ANEXOS 147

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado trata de uma combinação de temas com os quais possuo apreço e me sinto completa ao trabalhar. Minha aproximação com as áreas estudadas se iniciou na graduação de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) com a disciplina saúde da criança e adolescência (quinto período), sendo definida no sétimo período com a disciplina sobre saúde mental. Dessa forma, busquei estudar e participar de projetos que pudessem contribuir e alicerçar minha construção de saberes sobre os temas. A saúde infanto-juvenil veio apresentada por tamanha humanidade e paixão, assim pude aproveitar e aprender durante as aulas, os estágios e as rodas informais de conversa sobre o tema. Para aprofundar, participei como membro efetivo da Liga de Pediatria (LIPED) da UFSJ por dois anos, na qual pude estudar temas relacionados a saúde infanto-juvenil.

Conheci a saúde mental quando me sentia não enquadrar em nenhum outro tema e através de duas estimadas professoras, durante as aulas e os estágios pude me encontrar através da saúde mental. O que mais me fascinou foi permitir estudar um conteúdo sob tantas óticas e agregando Artes, História, Filosofia... Assim, encontrei meu caminho: estudar saúde mental infanto-juvenil! Minha aproximação com a violência autoinfligida se deu no ano de 2013 quando participei do primeiro projeto de iniciação científica em saúde mental trabalhando a temática comportamento suicida com acadêmicos de Enfermagem da UFSJ. Esse projeto além de possibilitar conhecimento, foi fundamental para minhas escolhas atuais, tanto enquanto percurso profissional quanto como pessoa, pois a partir dele conheci uma área tão estigmatizada, negligenciada, mas com um toque diferente, uma beleza peculiar de se trabalhar.

A autolesão não suicida veio junto com a possibilidade de estudar as redes sociais virtuais e ambas vieram inesperadamente como um presente bom. Por procurar conteúdo sobre autoviolência na *internet*, uma sugestão de grupo sobre o tema apareceu nas minhas pesquisas relacionadas no *Facebook.* Diante de algo tão importante e novo comecei junto a minha orientadora buscar métodos para analisar e compreender esse fenômeno complexo e contemporâneo. Assim, nesses dois anos fui aprofundando em minha pesquisa sobre autolesão não suicida e redes sociais virtuais, participando de projetos paralelos que me possibilitaram suporte e oportunidade de complementar meus estudos, experienciar a vivência junto a crianças e adolescentes escolares e com os serviços de saúde mental do município.

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

De acordo com Recuero (2009) uma rede social é formada por dois elementos: os atores (pessoas, grupos) e suas conexões (vínculos, interações), assim, rede social se caracteriza pela conexão de um grupo social a partir das vinculações instituídas pelos diferentes atores, ou seja, seu foco está na estruturação dessas redes, não podendo desvincular os atores de suas conexões. Marteleto (2001), por sua vez, define redes sociais como conjunto de pessoas autônomas que se unem a partir de ideias e soluções em torno de interesses compartilhados. Segundo Cruz (2011) o termo redes sociais, usualmente utilizado em estudos sociológicos e amplamente difundido com o uso na *internet*, se caracteriza como redes sociais virtuais quando um computador vincula duas pessoas ou organizações. Neste sentido, Recuero (2009) reconhece que as redes sociais são teias de conexões que difundem informações, oferecem voz às pessoas e atribuem valores.

O uso das redes sociais em *internet* tem expandido difusamente, tornando-se parte integrante da vida cotidiana de milhões de pessoas, sendo importante questionar-se sobre as relações pessoais *online* e o modo com que estas têm impelido a interação em todos os níveis de organização, como o meio corporativo, institucional, nacional, global (HAYTHORNWAITE, 2005). Os primeiros estudos sobre as redes sociais virtuais mostraram comunicação deficiente, empobrecida, repleta de desentendimentos e comportamento antissocial, entretanto com a mudança do meio de comunicação para o ambiente familiar e de formação de grupos, as redes sociais têm-se mostrado como fundamental ferramenta na manutenção do trabalho e relações pessoais da vida cotidiana atravessando barreiras pessoais e de localização. Atualmente, a comunicação por redes sociais tem sido apontada como principal causa de desprendimento da interação local atraindo as pessoas para relacionamentos *online* com desconhecidos; tornando-se uma questão defendida por muitos que visualizam a *internet* como meio para manter as relações familiares e amigáveis mesmo em localizações geográficas diversas (HAYTHORNWAITE, 2005).

Segundo Kirmayer, Raikhel e Rahimi (2013) a *internet* tem levado a criação de novos espaços virtual e social na vida das pessoas, oferecendo-as novas perspectivas na vivência de conhecimentos bons e ruins. Levy (2009) destaca que atualmente vive-se o que se denomina era da informação ou era do conhecimento, caracterizada pela

modificação da comunicação da sociedade e valorização da informação em grande quantidade e velocidade. E ainda, a facilidade de informação em molde atemporal e de expansão geográfica somada à necessidade de aquisição de novas identidades para se tornar diferente entre tantos, resultando na busca de compartilhamento de informações e interesses comuns. Prática essa, intensificada pelo surgimento de comunidades virtuais, espécie de agrupamento humano no ciberespaço ou ambiente virtual. A facilidade de se manter *online*, seja pelo acesso ou portabilidade, tem preocupado pesquisadores, já que a necessidade de respostas contínuas prejudica a formação de pessoas autônomas capazes de tomar decisões sem *feedback* e apoio (KIRMAYER; RAIKHEL; RAHIMI, 2013).

Segundo Baume, Cantor e Rolfe (1997) a *internet* é um grande meio de comunicação que permite acesso, por qualquer pessoa, a todo tipo de informação, mas apesar de sua grande publicidade, ainda pouco se tem estudado sobre sua influência na vida das pessoas. Desde que a disponibilidade de conteúdo sobre comportamento de risco na *internet* é crescente e diversa desde reportagens em jornais eletrônicos a informações de autoajuda. A revolução digital do século XXI amparou a reinserção de grupos antes marginalizados ou recusados pela sociedade, reafirmando a sua existência (DINAMARCO, 2011). De acordo com Cedaro e Nascimento (2012) sites e redes sociais da *internet* apresentam espaços para discussão sobre o comportamento autolesivo com enfoque nos depoimentos de praticantes desse tipo de comportamento.

A *internet* tem se mostrado importante recurso para as pessoas que se sentem isoladas, tais como os praticantes de automutilação, fornecendo informações e suporte anônimo. Na atualidade o número de páginas da *web* sobre automutilação tem aumentado concomitante com o aumento da acessibilidade e desenvolvimento da comunicação na *internet*, ou seja, as informações sobre o comportamento autolesivo estão mais disponíveis que antes (HARRIS; ROBERTS, 2013) Além disso, percebe-se em espaços virtuais a correlação desta prática com as frustrações relacionadas às descobertas do período adolescência, como uso de drogas, decepções amorosas, intrigas escolares, isolamento social e crises familiares (CEDARO; NASCIMENTO, 2013). Neste espaço os fóruns *online* podem oferecer informações, possibilitar apoio mútuo e facilitar a discussão de questões referentes a saúde proporcionando apoio emocional. As pessoas que apresentam automutilação também procuram estes grupos para atuar como importante ferramenta de apoio e aconselhamento, no entanto, pesquisadores apontam preocupações sobre as possibilidades que tais grupos também possam reforçar a

automutilação como um comportamento normal e/ou até mesmo desejável (SMITHSON *et. al.*, 2011).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar comportamento de participantes de grupo de automutilação em rede social virtual.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos participantes de um grupo de automutilação em redes sociais virtuais;
- Identificar características identitárias entre os participantes de grupos de automutilação em redes sociais virtuais;
- Identificar a composição, estrutura de um grupo de automutilação através da depoimentos postados e comentários dos participantes do grupo em rede social virtual;
- Identificar a dinâmica e o processo de autolesão não suicida em um grupo de autolesão através análise de imagens, depoimentos e comentários postados por participantes do grupo em rede social virtual;
- Analisar a comunicação suicida em grupo *on-line* de automutilação.

REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Aspectos conceituais do comportamento autolesivo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o:

> "uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (DAHLBERG; KRUG, 2002 p.5).

A definição da OMS associa intencionalidade com a realização do ato, independente do resultado produzido, assim a utilização de uso de força física e poder expande o conceito usual de violência para incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos autoinfligidos (DAHLBERG; KRUG, 2007). O quadro abaixo apresenta a síntese da tipologia das violências (Quadro 1):

Quadro 1: Tipologia da violência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

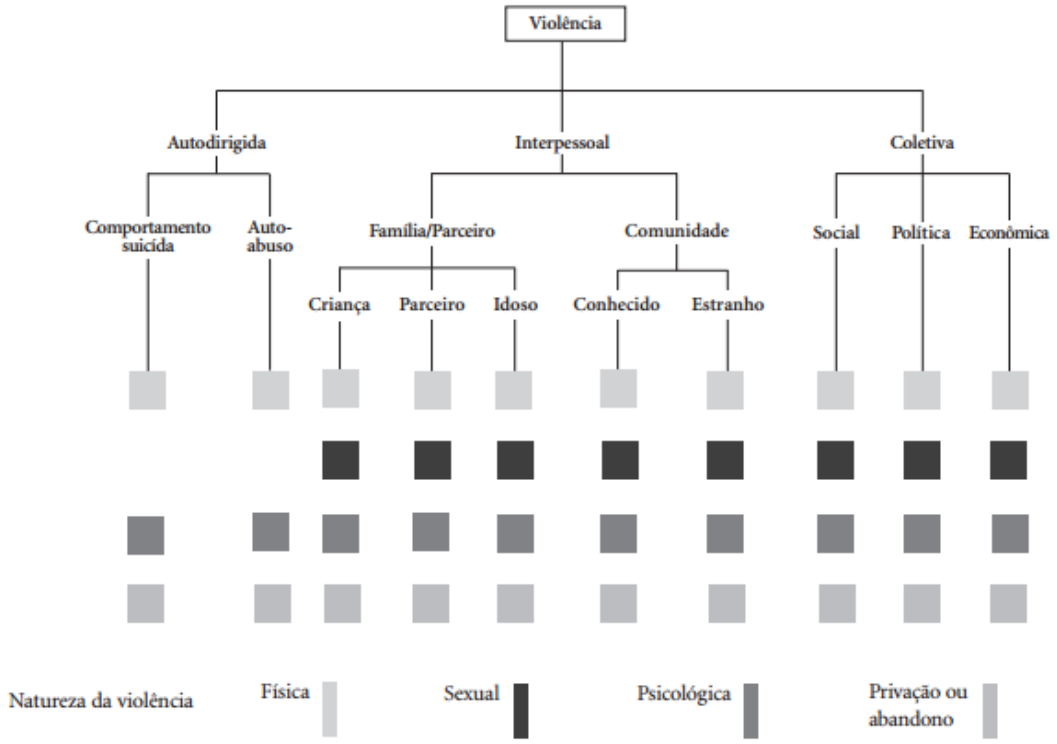
Tipos de Violência	Características
Violência dirigida a si mesmo (autoinfligida)	▪ Comportamento suicida (ideação, tentativa e suicídio); ▪ Autoabuso (automutilação)
Violência Interpessoal	▪ Violência famíliar ou parceiro (a) íntimo (a): violência entre membros de uma família ou parceiro (a), não sendo exclusivo no ambiente domiciliar; ▪ Violência comunitária: violência entre pessoas sem parentesco (consanguíneo ou não) e que podem conhecer-se ou não, geralmente fora de casa.
Violência Coletiva	Sugere violência praticada por grandes grupos de pessoas ou pelo Estado, se subdivide em: ▪ Social; ▪ Política; ▪ Econômica.

Fonte: Adaptado de DAHLBERG, KRUG, 2007.

De acordo com Dahlberg e Krug (2007) o esquema ilustrado na figura 01 é uma forma de compreender a natureza dos atos violentos descritos acima e sua

complexidade, pois uma violência pode abranger e/ou atingir uma diversidade de indivíduos. Para os autores o esquema consegue "captar a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre agente e vítima e, no caso da violência coletiva as possíveis motivações para violência" (DAHLBERG; KRUG, 2007, p.1167) Assim, a série horizontal representa quem é atingido e a vertical descreve como a vítima é atingida.

Figura 1: Natureza dos atos violentos.



Fonte: DAHLBERG, KRUG, 2007, p. 1166.

De acordo com Dahlberg; Krug (2010) e Nock (2010) a violência autoinfligida se dá através do comportamento suicida e a automutilação. O comportamento suicida caracteriza-se pela intenção de tirar a própria vida e apresenta-se através da ideação suicida, que se refere aos pensamentos de suicidar-se; plano suicida, quando se tem um método específico através do qual se pretende morrer; tentativa de suicídio, que se relaciona ao envolvimento no comportamento autoagressivo com intenção de tirar a própria vida e o suicídio consumado, morte em decorrência ao suicídio. Já a automutilação são fenômenos sem intencionalidade suicida e se referem a atos autoagressivos.

Durante os últimos anos ocorreram várias tentativas de apresentar diferenciações mais cuidadosas e definições mais consistentes para os atos agressivos. Em um nível mais amplo, considera-se comportamento autolesivo sem intenção suicida qualquer conduta realizada intencionalmente e com o conhecimento de que resultará em dado físico ou psicológico para si mesmo (NOCK, 2010). Nesta classificação estabeleceu-se que quando há produção de danos intencionais (lesão corporal) denomina-se comportamento autodestrutivo direto; e quando o subproduto não é intencional (uso de tabaco, álcool, alimentos ricos em gordura) se tem o comportamento autodestrutivo indireto.

Para melhor compreensão do fenômeno Favazza e Rosenthal (1993) categorizaram a automutilação de acordo com características clínicas dividindo o comportamento em quatro tipos: estereotipado, comportamentos rítmicos e monótonos; grave, com tendência menor a repetição; compulsivo, comportamento com vários episódios durante o dia e podendo acontecer diariamente e impulsivo, comportamento autoagressivo intencional geralmente utilizado para dar vazão a sentimentos ou emoções negativos. Abaixo o quadro 02 explicita a categorização da automutilação através de critérios clínicos e fenomenológicos:

Quadro 2: Classificação da automutilação segundo Favazza e Rosenthal (1993).

Tipo de automutilação	Descrição	Lesões	Comportamentos associados	Associações clínicas
Estereotipado	Comportamentos altamente repetitivos, fixados, monótonos, ritmados e parecem ser comandados	Geralmente mantêm mesmo padrão de variando de ferimentos leves a graves, podendo colocar a vida do paciente em risco	Não existe explicação óbvia ou afeto relacionado. Pacientes não sentem pudor e não disfarçam o comportamento	Retardo mental, autismo, síndrome de Lesch-Nyhan, Cornelia de Lange's, Prader-Willi, Tourette
Grave	Auto ferimentos graves, irreversíveis, com riso de vida. Tendência a repetição é menor, talvez pela gravidade das lesões	Ferimentos irreversíveis, como: castração, enucleação, amputação de extremidades	Delírios com temas religiosos são comuns, ideias de punição, salvação e tentação	Sintomas Psicóticos (esquizofrenia, fase de mania do transtorno bipolar, depressão, episódios psicóticos agudos), intoxicação aguda, transtorno de personalidade e transexualismo
Compulsivo	Comportamentos repetitivos, rítmicos, podendo acontecer várias vezes durante o mesmo dia e diariamente	Tricotilomania (mais comum), onicofagia, dermatotilexia	Pacientes parecem com os pacientes do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) que apresentam compulsão, mas pouca ou nenhuma obsessão associada	Usualmente os pacientes com tricotilomania apresentam Sintomas Obsessivos Compulsivos (SOC)
Impulsivo	Comportamentos com presença de atos agressivo-impulsivos, em que o alvo da agressão é o próprio indivíduo	Mais comuns: cortar a própria pele, se queimar, se bater	Ocorre após vivência de forte emoção, raiva, sendo vistos como forma de lidar com a emoção. Podem ser desencadeados por vivências traumáticas ou pela lembrança destas	Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), transtornos de personalidade do tipo histriônica e antissocial, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos dissociativos, transtornos alimentares

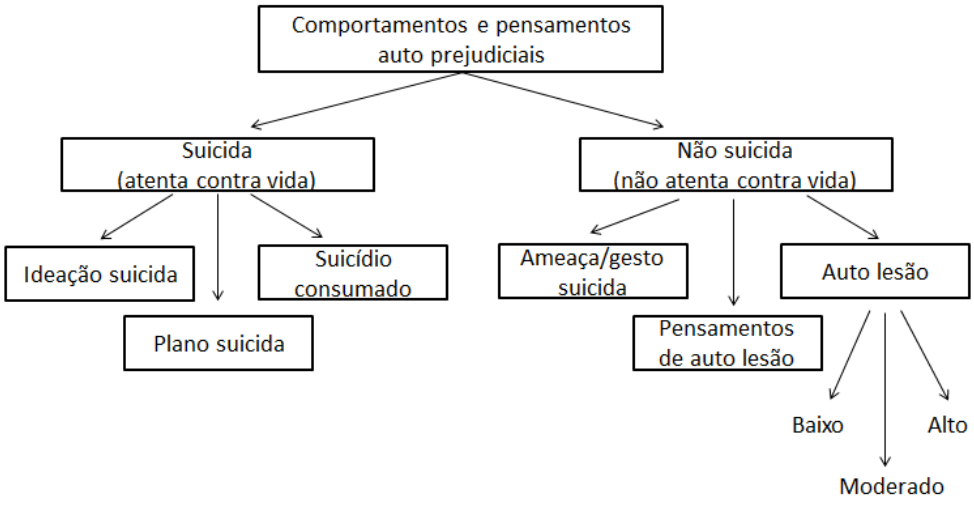
Fonte: Favazza; Rosenthal (1993)

Para Nock (2010) um dos obstáculos em estudar o comportamento autoagressivo impulsivo é o conceito polissêmico arraigado no fenômeno, ou seja, as várias definições e termos inconsistentes utilizados por diferentes clínicos e pesquisadores. Entretanto após muitos esforços o fenômeno foi acrescentado na última revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, 2013), oferecendo estrutura consolidada de critérios diagnósticos e propondo para o fenômeno o termo "comportamento autolesivo não suicida", ou seja, atos autoagressivos intencionais, não socialmente aceitos, geralmente com propósito de reduzir emoções negativas e/ou resolver uma dificuldade interpessoal e sem intencionalidade suicida. (DSM V, 2013; FAVAZZA, 1998)

Para Nock (2010) o comportamento autolesivo não suicida engloba ameaça de suicídio, quando os gestos ou comunicação levam a acreditar que se pretende morrer, mas não há intenção de fazê-lo, sendo seu objetivo comunicar angústia ou pedir ajuda; pensamentos de autoferimento, quando a pessoa possui pensamentos de engajar-se em comportamento de autodano, geralmente associados como precursores para o comportamento; e a autolesão não suicida propriamente dita quando a pessoa se envolve intencionalmente com autoferimento com consequente dano físico. Este por sua vez, subdivide-se em leve (baixa frequência e/ou gravidade), moderado (frequência ou gravidade severa) e grave (alta frequência e/ou gravidade) de acordo com a frequência e gravidade das lesões. (NOCK, 2010; GRATZ, 2001)

Uma questão importante sobre a concepção do comportamento autolesivo não suicidas de Nock (2010) é entender que as ameaças ou gestos suicidas não correspondem a ideação ou ameaça suicida, sendo imprescindível a compreensão desta distinção. Sendo que a distinção deve ser realizada a partir da identificação profissional da intencionalidade suicida, ou seja, através da compreensão da letalidade e intencionalidade do ato. Outra questão demasiadamente importante é entender que tal distinção do profissional é de suma importância para avaliação de risco e os encaminhamentos processuais dados para cada caso.

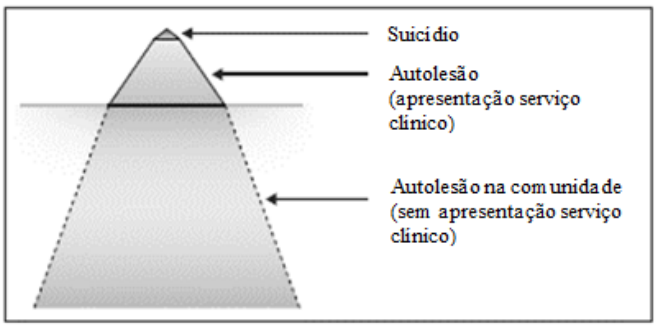
Figura 2: Tradução da classificação de comportamentos e pensamentos autodestrutivos.



Fonte: NOCK, 2010, p.341.

Outra distinção extremamente importante é que a autolesão não suicida (ALNS) como o próprio nome diz não possui intencionalidade suicida, como durante muito tempo foi pensado, entretanto, a autolesão não suicida constitui importante preditor para o comportamento suicida futuro. Estima-se que 50-60% das pessoas que morrem por suicídio tiveram história de automutilação, vários episódios de ALNS pouco antes do suicídio e frequentes atendimentos hospitalares (FOSTER *et al*., 1999; DA CRUZ *et al*., 2011; CAVANAGH *et al*., 2003). O risco de suicídio é alto após o comportamento de autolesão não suicida (CALNS), cerca de 15% dos jovens com CALNS atendidos em serviços de emergência apresentaram novo episódio dentro de um ano e depois de nove anos sendo que 5% morte por suicídio (SKEGG, 2005). De acordo com Ritchie *et. al* (2011) a proporção de casos de suicídio em anos seguintes ao CALNS é de 12,7% em 12 meses, 5,5% em quatro anos e 4,5% em 20 anos, respectivamente.

Figura 3: Representação da prevalência relativa de automutilação e suicídio em pessoas jovens.



Fonte: HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012, p.2374.

A figura 3 ilustra a gravidade e representação da autolesão não suicida como um fenômeno oculto, ou seja, pensando na figura como um *iceberg* o número mesmo que subnotificado que temos conhecimento é do comportamento suicida, representado pelo pico do iceberg, mais abaixo temos um número mais expressivo dos casos de ALNS com apresentação em serviços de saúde e como que submerso temos a extensão mais representativa do iceberg o número de casos de ALNS na comunidade, ou seja, sem apresentação em serviço de saúde. (HAWTON, SAUNDERS, O'CONNOR, 2012).

4.2 Aspectos epidemiológicos do comportamento autolesivo não suicida

O comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante entre adolescentes, sobretudo do sexo feminino (CEDARO; NASCIMENTO, 2013; TOWNSEND *et al.*, 2016; LEE, 2016). A autolesão não suicida inicia-se com mais frequência no começo da adolescência e pode continuar durante vários anos, no caso de apresentação hospitalar devido a autolesão não suicida observa-se pico entre os 20 e 29 anos de idade sendo importante atentar que geralmente adolescentes não procuram serviços de saúde, explicando assim o a idade de pico em apresentação hospitalar (DSM-V, 2014). As taxas de prevalência de autolesão não suicida em indivíduos dos sexos masculino e feminino estão cada vez mais próximas entre si do que observado no comportamento suicida, em que a proporção entre homens e mulheres é de aproximadamente 3:1 ou 4:1 (DSM-V, 2014). Identifica-se prevalência de 13,9% de comportamento autolesivo entre adolescentes canadenses de 12 a 16 anos corroborando com achados de 13% a 39% entre jovens americanos que também apresentaram história de automutilação. Nos países ocidentais 5,9% dos adolescentes relatam

ter praticado algum tipo de comportamento autolesivo no ano anterior (DINAMARCO, 2011).

No estudo multicêntrico de Townsend *et al* (2016) com jovens ingleses de 13 a 21 anos com histórico de autolesão nos seis meses anteriores a pesquisa, mostra que a idade do primeiro episódio variou entre 7 e 16 anos com episódios diários na maioria das vezes. Na pesquisa realizada com 784 escolares do ensino médio da Coreia do Sul, 12,4% relataram história de autolesão não suicida pelo menos uma vez na vida e 46,4% relataram se auto lesionar atualmente, e dado preocupante refere-se ao achado que de nas duas semanas anteriores 9,3% declararam possuir intenção suicida (LEE, 2016). Para Towsend *et* al., (2016) na maioria dos casos, os adolescentes relatam o uso de mais de um método autolesivo. Em relação ao meio de autolesão o corte é o mais comumente utilizado além de coçar-se deliberadamente até ferir e bater a cabeça (TOWNSEND *et al.*, 2016). Entre as meninas é mais comum o corte e coçar, e entre os meninos se bater e bater a cabeça na parede (LEE, 2016).

Em relação a transtornos psiquiátricos identifica-se maior associação com transtornos de humor e de personalidade. Na pesquisa realizada por Groover *et al* (2016) com pacientes em apresentação hospitalar por comportamentos autoagressivos foram divididos em dois grupos: com transtornos depressivos e outro sem transtornos mentais diagnosticados. Os pacientes com transtornos depressivos atribuíram o comportamento autolesivo à depressão e tiveram menor nível de impulsividade se comparados com pacientes sem transtornos diagnosticados. Entretanto não houve diferenças estatisticamente significantes nos escores da Escala de Depressão de Beck (BDI) sugerindo que pacientes com autolesão sem transtorno psiquiátrico diagnosticado possuíam sintomas depressivos significativos. Os dois grupos não diferiram significativamente em termos de desesperança, irritabilidade e ansiedade (GROOVER *et al.*, 2016).

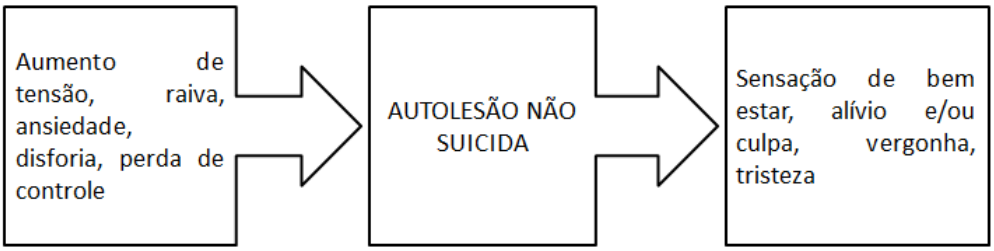
De acordo com o Sistema Nacional de Saúde Britânico (2014) o número de casos de pessoas com idades entre 10 e 14 com autolesão não suicida tratados em hospitais depois de se auto lesionar ultrapassou o número de 2.700 registros depois de 2012. Na faixa etária de 15 a 19 anos no mesmo período observa-se crescimento de 23% dos casos. O preocupante crescimento dos casos de autolesão não suicida entre a população geral também gerou interesse da comunidade clínica e científica. Segundo Nock (2010) o número de publicações sobre comportamento autolesivo não suicida triplicou na década entre 1998 e 2008, aumentando de 117 publicações científicas para 386 artigos com os termos *self injury*, *self harm* ou *selfmutilation*. No Brasil os dados sobre autolesão não suicida bem como pesquisas

sobre o tema vêm crescendo gradativamente, mas ainda são escassos, principalmente estudos que evidenciem a prevalência do comportamento, demosntrando a importância de estudos sobre as mais variedades facetas da temática.

4.3 Aspectos clínicos do comportamento autolesivo não suicida

O comportamento autolesivo não suicida geralmente é precedido por um misto de sentimentos que incluem tensão e perda do controle culminando com a prática na ALNS, sendo seguida então de sensação de bem-estar e alívio momentâneo e/ou culpa, vergonha, tristeza por ter praticado a automutilação. (FAVAZZA, 2011) As sensações de bem-estar e alívio podem persistir por algumas horas, alguns dias e, raramente, por algumas semanas, retornando os sentimentos precipitantes a seguir (GIUSTI, 2013). Vários precipitadores e fatores de risco podem sobrepujar um mesmo paciente, sendo importante a identificação e elaboração de estratégias de enfrentamento.

Figura 4: Mecanismo Autolesão não suicida.



Fonte: Adaptado de GIUSTI, 2013.

Nock (2010) destaca em relação à avaliação psicométrica da autolesão não suicida os instrumentos: Entrevista de Tentativa de Suicídio e Autolesão (Interview of Attempted Suicide and Self-Injury) (LINEHAN *et al.*, 2006), Entrevista de Comportamentos e Pensamentos Autolesivos (Interview Behaviors and Self Aggressive Thoughts) (NOCK *et al.*, 2007) e o Inventário de Autodano Deliberado (Inventory of Deliberate Self Harm) (GRATZ, 2001). Estes instrumentos avaliam a presença de comportamento autolesivo antecedente de dias, meses, anos ou em algum momento da vida e ainda apresentam informações adicionais como idade de início do comportamento, último episódio e métodos de autolesão. A presença e as características do comportamento autolesivo são avaliados de forma consistente em todos

os instrumentos, entretanto a monitorização do comportamento ainda é pouco abordada (NOCK, 2010).

Depois de interesse de longa data em incluir o comportamento autolesivo no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a atual versão do DSM aborda o comportamento autolesivo como um transtorno mental caracterizando avanços na avaliação da autolesão. O quadro abaixo contém os critérios propostos para a autolesão não suicida de acordo com o DSM-V (2013):

Quadro 3: Critérios propostos para a autolesão não suicida de acordo com o DSM-V.

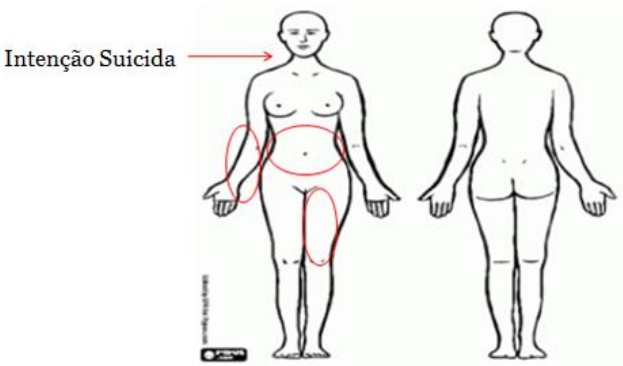
A. No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida). Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.
B. O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas: 1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos. 2. Resolver uma dificuldade interpessoal. 3. Induzir um estado de sentimento positivo. Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.
C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes: 1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão. 2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar. 3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.
D. O comportamento não é socialmente aprovado (p. ex., *piercing* corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.
E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.
F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, delirium, intoxicação por substancias ou abstinência de substancia. Em indivíduos com um transtorno

do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão de estereotipias repetitivas. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica (por exemplo, transtorno psicótico, transtorno do espectro autista, deficiência mental, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do movimento estereotipado com autolesão, tricotilomania (transtorno de arrancar cabelo, Hair-pulling), transtorno de escoriação (skin-picking).

Fonte: Adaptado da ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013.

Em relação as características diagnósticas do DSM-V (2013) a característica essencial da autolesão não suicida suicida é o comportamento repetido da própria pessoa de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. De acordo com o DSM-V (2013) a autolesão não suicida é infligida em áreas de fácil acesso como antebraços, abdômen e parte frontal das coxas, pode se utilizar diversos instrumentos sendo comumente utilizadas facas, agulhas, lâminas ou qualquer objeto afiado e pode-se produzir corte superficiais e paralelos com um ou dois centímetros de distância produzindo um padrão característico de cicatrizes.Abaixo a figura 5 explicita as principais partes do corpo para o comportamento autolesivo não suicida:

Figura 5: Locais comum para a autolesão não suicida.

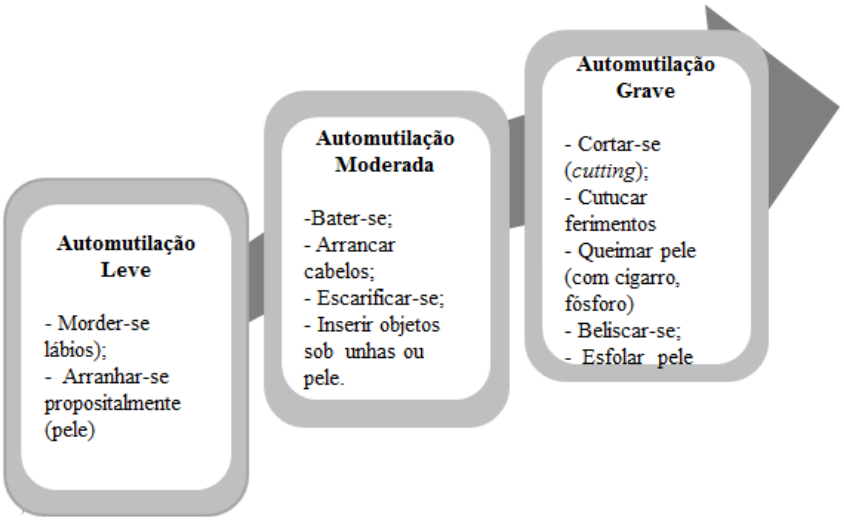


Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Outros métodos incluem infligir uma queimadura superficial com a ponta de um cigarro aceso; ou queimar a pele esfregando repetidamente uma borracha. O envolvimento em autolesão não suicida com múltiplos métodos está associado a psicopatologia mais grave, incluindo tentativas de suicídio (DSM-V, 2014). Os comportamentos autolesivos, de acordo

com o Inventário de Autodano Deliberado (Inventory of Deliberate Self-Harm), podem ser elencados quanto à gravidade dos casos (GRATZ, 2001). A figura abaixo mostra os três tipos de automutilação elencados:

Figura 6: Classificação do comportamento autolesivo de acordo com o Inventário de auto dano deliberado (Inventory of Deliberate Self-Harm).



Fonte: Adaptado de GRATZ, 2001.

De acordo com DSM-V (2013) o comportamento autolesivo não suicida ocorre de forma frequente e pode estar associado a sensação de urgência e fissura, assim, o padrão comportamental resultante lembra a adição e os ferimentos infligidos podem se tomar mais profundos e numerosos. Favazza (1998) ressalta que o comportamento autolesivo episódico já é uma grande preocupação, pois geralmente as pessoas que se automutilam assumem identidade do comportamento tornando-se adictos do mesmo. Durante o comportamento adicto, é comum não sentirem dor ou dor de leve intensidade associada às lesões sendo esse sistema de aumento do limiar de dor explicitado pelo envolvimento ou alteração na ativação do sistema opióide, ou seja, quando se tem cortes mais profundos ou em maior quantidade tem-se a liberação de endorfinas, aumentando consequentemente o limiar de dor da pessoa (GIUSTI, 2013).

4.4 Aspectos psicossociais do comportamento autolesivo

Nock e Prinstein (2004) propuseram um modelo de quatro fatores teóricos para compreender as funções da automutilação. O quadro abaixo clarifica os dois reforços principais associados a autolesão não suicida. Para o autor o reforço automático está relacionado a questões pessoais; e o reforço social, quando envolve ação direta ou indiretamente de outra (s) pessoa (s).

Quadro 4: Fatores teóricos para funções da automutilação de acordo com Nock e Prinstein (2004).

Reforço Automático Negativo	Remove ou apaga estados cognitivos e sentimentais. Ex.: aliviar tensão, estresse, raiva, reduzir dor e sentimento de culpa. É o mais comum e também a única relacionada às tentativas suicidas.
Reforço Automático Positivo	Uso da automutilação para gerar estado desejável. Ex.: sentir alguma coisa. Comumente relacionado a presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, anedonia e inutilidade.
Reforço Social Positivo	Uso da automutilação para mudança no ambiente. Ex.: Influência no comportamento do outro, para chamar atenção quanto aos próprios sentimentos. Esse tipo de reforço está associado com a automutilação entre colegas.
Reforço Social Negativo	Uso da automutilação para escapar das responsabilidades

Fonte: Adaptado de NOCK; PRINSTEIN (2004).

O DSM-V (2013) destaca duas teorias de psicopatologia propostas para a autolesão não suicida: a primeira, baseada na teoria da aprendizagem, o reforço positivo ou negativo mantém o comportamento. O reforço positivo pode resultar do fato de uma pessoa sentir a autopunição como merecida, com o comportamento induzindo um estado prazeroso ou relaxado ou gerando a atenção e a ajuda de outra pessoa significativa, ou ainda como uma expressão de raiva. O reforço negativo resulta de regulação do afeto e redução de emoções desagradáveis ou da evitação de pensamentos angustiantes, incluindo pensamento sobre suicídio. Na segunda teoria, a autolesão não suicida é considerada uma forma de autopunição, em que as ações autopunitivas são realizadas para compensar atos que causaram sofrimento ou danos a outros. (DSM-V, 2013)

Vários são os fatores relacionados com a prática da automutilação como transtornos psiquiátricos, mais comumente a depressão e transtornos de personalidade, questões sociais,

como o *bullying* e principalmente mecanismos de enfrentamento ineficaz. A convivência em ambiente inseguros, negligentes e violentos (físico, psicológico e sexual) promovem o desenvolvimento interpessoal pobre, contribuindo para formação de sistema de enfrentamento ineficaz (LINEHAN, 1993). Abaixo segue quadro com os principais fatores relacionados à automutilação.

Quadro 5: Fatores de risco para automutilação

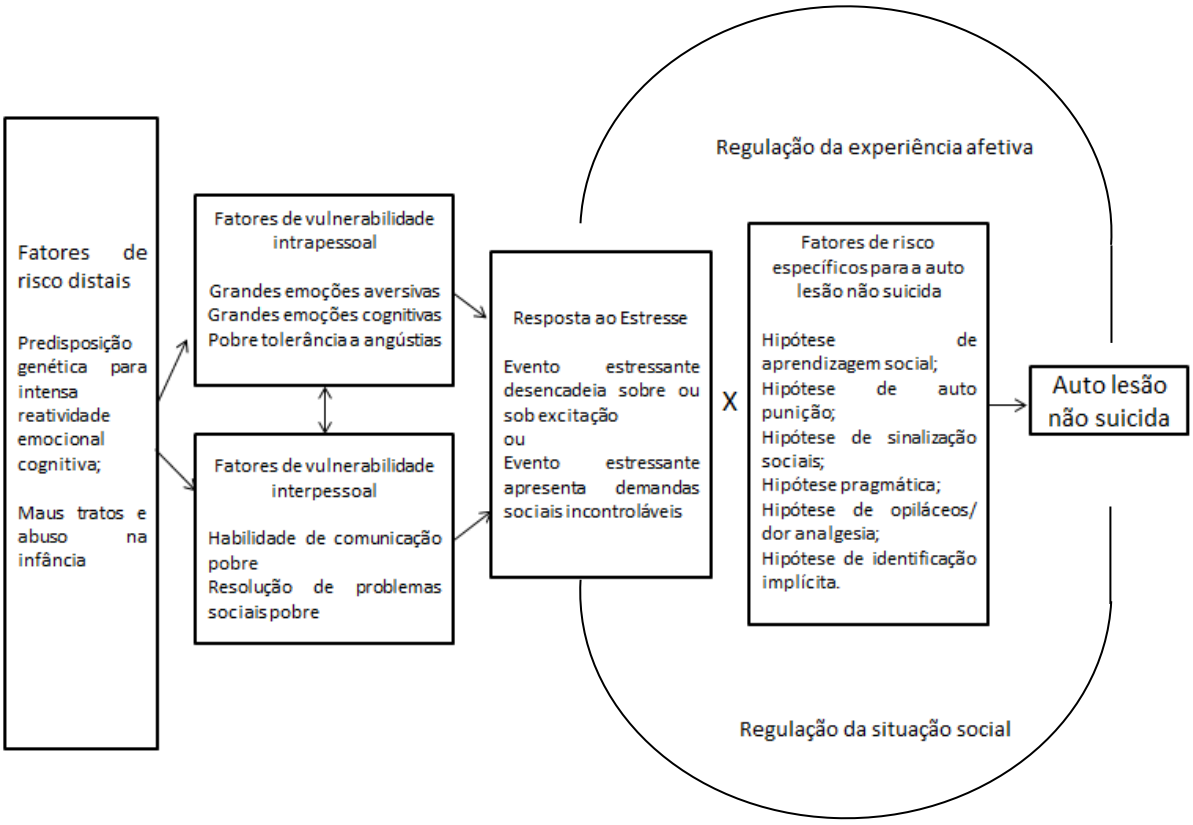
FATORES DE RISCO	
Características Pessoais	Falta de mecanismo de adaptação Pessimismo Insegurança Distorção da Imagem Corporal Baixa autoestima Instabilidade emocional Impulsividade Autodepreciação
Transtornos Psiquiátricos	Transtorno de Personalidade Borderline Ansiedade Depressão Transtornos Alimentares Transtorno no uso de substâncias Outros tipos de transtornos de personalidade
Problemas relacionados à infância	Negligência Abusos (sexual, físico, emocional) Dificuldade de apego Doença grave ou cirurgia na infância Estresse emocional precoce
Social	*Bullying* Informações sobre automutilação na mídia (TV, *internet*) Colegas que se automutilam Dificuldades de relacionamento
Família	Dependência de álcool Ausência de algum dos pais Separação precoce dos pais Desvalorização por parte da família Violência familiar Relação familiar disfuncional Depressão em algum dos pais

Fonte: Adaptado de GIUSTI, 2013.

A partir das funções para a autolesão não suicida e seus fatores de risco é possível compreender o modelo transteórico de desenvolvimento e manutenção do comportamento autolesivo não suicida proposto por Nock (2010). O modelo faz três proposições principais:

(1) a autolesão não suicida é executada repetidamente, pois funciona como método eficaz de regulação emocional-cognitiva; (2) o risco da autolesão não suicida é influenciada por preditores que aumentam a instabilidade emocional e/ou ambiental com consequente desequilíbrio do sistema de enfrentamento. Estes comportamentos também aumentam a probabilidade de associação a outros comportamentos de risco, como uso exacerbado de álcool e outras drogas ou comportamento sexual de risco e (3) o risco de autolesão não suicida, em especial, é aumentado por vários fatores auto específicos de lesão que levam uma pessoa escolher este comportamento, em vez de outros comportamentos para servir as funções já referidas (por exemplo, modelação social, desejo de autopunição etc.) (NOCK, 2010). Abaixo figura explicitando o modelo transteórico de desenvolvimento e manutenção da autolesão não suicida proposto por Nock (2010):

Figura 7: Modelo teórico integrado do desenvolvimento e manutenção de autolesão não suicida.



Fonte: NOCK, 2010, p. 348.

4.5 Aspectos contemporâneos do comportamento autolesivo não suicida

De acordo com Nock (2010) a autolesão não suicida possui conflito latente com o desejo de saúde e longevidade sendo historicamente descrita. Um dos primeiros relatos sobre o comportamento aparece na história bíblica de um homem que possuído por um demônio gritava e feria-se com pedras:

> "E chegaram ao outro lado do mar, à província dos gadarenos. E, saindo ele do barco, lhe saiu logo ao seu encontro, dos sepulcros, um homem com espírito imundo; O qual tinha a sua morada nos sepulcros, e nem ainda com cadeias o podia alguém prender; Porque, tendo sido muitas vezes preso com grilhões e cadeias, as cadeias foram por ele feitas em pedaços, e os grilhões em migalhas, e ninguém o podia amansar. E andava sempre, de dia e de noite, clamando pelos montes, e pelos sepulcros, e ferindo-se com pedras." In: A Bíblia: tradução ecumênica. Paulinas, 2002. (Mc 5, 1-5).

Outros registros também apareceram em descrições de casos clínicos, antropologia, arte e fonte literárias ao longo do tempo (NOCK, 2010). Para Giusti (2013) o interesse pela automutilação vem crescendo gradativamente nos últimos 20-30 anos. No Brasil, percebe-se o aumento expressivo e gradativo sobre a autolesão não suicida na *internet*. Em busca realizada por Giusti (2013) no ano de 2012 com o termo automutilação no site *Youtube*, encontrou-se 141 vídeos sobre o tema incluídos no decorrer do ano. No *Facebook*, existiam sete comunidades relacionadas ao tema. Realizamos a mesma busca no ano de 2014, sendo encontrados 1.560 vídeos sobre a temática incluídos no decorrer do mesmo ano, totalizando 5.880 vídeos existentes sobre o tema. No *Facebook*, encontramos 86 comunidades com o termo automutilação, sendo 15.116 a comunidade com o maior número de participantes. Com o termo em inglês "*self-harm*" encontramos 91 comunidades, sendo 90.748 o maior número de usuários de uma das comunidades encontradas. Em setembro de 2016 fizemos novamente a busca, encontrando 12.200 vídeos incluídos no decorrer do ano no *Youtube*, totalizando 19.700 vídeos. No *Facebook* encontramos 98 comunidades com o termo automutilação.

Quadro 6: Comparativo de acesso à comunidades e vídeos com o termo automutilação nos últimos 3 biênios.

	2012	**2014**	**2016**
Youtube	141 vídeos	1560 vídeos	12.200 vídeos
Facebook	07 comunidades	86 comunidades	98 comunidades

Fonte: Adaptado de GIUSTI (2013).

A propagação e alcance da *internet* tem chamado a atenção do público em geral, especialmente pais de crianças e adolescentes, além de profissionais da área da saúde e dos governos para o suicídio e comportamentos autolesivos (WONG *et al.*, 2013). Segundo Bragazzi (2014) em seu estudo realizado na Itália, verificou-se alta busca sobre autolesão não suicida na *internet*, principalmente com os termos "autolesão e corte" seguido de "autolesão e filho" "autolesão e fóruns" e "autolesão e causas e razões". De acordo com Mars *et al* (2015) dos 3946 participantes do sudoeste da Inglaterra com média de idade de 20,9 anos, 22,5% relataram associação do seu comportamento autolesivo não suicida ou suicida com utilização da *internet*. Destes, 11,9% se depararam com sites ou chats que discutiam autolesão e suicídio, 8,2% procuraram informações utilizando algum motor de busca e 9,1% usaram a *internet* para discutir autolesão e sentimentos suicidas. Indivíduos que relataram associação de uso da *internet* e comportamentos autolesivos foram mais propensos a possuírem histórico suicida (ideação ou plano) e autolesão não suicida. Também teve associação com transtornos depressivos e de humor.

No estudo de O'Connor, Rasmussen e Hawton (2014) em uma amostra de 3500 escolares da Irlanda do Norte cerca de 18% daqueles que haviam se autolesionado indicaram a influência da *internet* na sua decisão de envolver-se com a autolesão não suicida. Entende-se que a *internet* atua de duas formas distintas no comportamento autolesivo não suicida, a primeira como ambiente que diminui a vulnerabilidade para o comportamento, ou seja, quando se tem busca e/ou troca de informações e conselhos sobre autolesão não suicida de forma positiva e a segunda como meio propiciador de isolamento, busca de informações nocivas e troca de conhecimentos pró-comportamento autolesivo, aumentando assim a vulnerabilidade para a autolesão (BAKER; LEWIS, 2013).

Uma questão preocupante sobre associação de *internet* e comportamentos autolesivos é o efeito contágio consequente da exposição de informações e fotos. No estudo de Lewis *et al* (2011) 64% do conteúdo sobre autolesão não suicida exposto no site *Youtube* tiveram representações visuais (fotografias ou ao vivo). A visualização deste tipo de material pode desencadear o desejo de autolesionar tanto para adolescentes adictos do comportamento quanto para os que estão começando a manifestar o comportamento. Para Moreno *et al* (2016) a exposição de conteúdos sobre autolesão não suicida fornece acesso fácil às instruções de como se envolver no comportamento ou normalizar a autolesão não suicida como dispositivo disponível de saídas emocionais e ainda pode funcionar como gatilhos para adolescentes vulneráveis.

No estudo de Sueki (2015) com usuários de *internet*, dos 3904 participantes com média de idade de 24,9 anos com conta ativa na rede social virtual *Twitter*, 968 possuíam alguma publicação com conteúdo de comportamentos autolesivos (autolesão não suicida e suicida), sendo que 26,9% publicaram diariamente, 7,7% pulicaram conteúdo como "quero morrer" e 2,5% publicaram que queria "cometer suicídio". Em relação ao uso de *internet* e eventos de vida diários, participantes com publicações suicidas tiveram associação significativa estatisticamente com comportamento suicida na vida (ideação, plano, tentativa), sendo a ideação o mais prevalente. Ainda, estes participantes com publicações com conteúdo suicida tiveram algum comportamento suicida ou autolesão não suicida no último mês.

Os estudos acima reforçam a questão do efeito contágio relacionada ao comportamento autolesivo não suicida. Tal conceito foi elaborado por Durkheim (1987) sobre o mimetismo de informações divulgadas inadequadamente sobre suicídio produzindo maior número de tentativas e mortes por suicídio. De acordo com o DSM-V (2013) as pessoas susceptíveis frequentemente tomam conhecimento do comportamento autolesivo não suicida por recomendação ou observação de outra pessoa, o que acontece sem restrições na *internet*, também se observa que quando uma pessoa que se envolve em autolesão não suicida é admitida em uma unidade de internação tal comportamento pode ser desencadeado em outras pessoas (DSM-V, 2013). Dessa forma evidencia-se a influência que a *internet* pode apresentar para pessoas vulneráveis ao comportamento autolesivo não suicida.

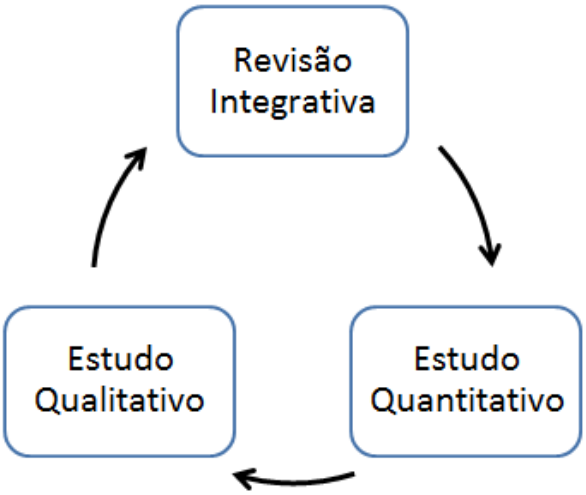
METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

Considerando a complexidade do problema abordado optou-se trabalhar com metodologias mistas, de caráter exploratório, em função de possibilitar diferentes olhares sobre o mesmo fenômeno. Neste sentido foi realizado estudo de revisão de literatura, estudo quantitativo e qualitativo. De acordo com Minayo e Sanches (1993, p. 239) um "bom método será sempre aquele que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria". Nesse caso o estudo quantitativo e o qualitativo operam no sentido de complementaridade, pois o uso de tais métodos subsidia a análise de "aspectos mais ecológicos e concretos e aprofundados em seus significados essenciais. Dessa forma o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa" (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247). As características dos percursos metodológicos traçados para cada estudo serão apresentadas separadamente.

Os estudos propostos nesta dissertação estão esquematizados abaixo:

Figura 8: Esquema das abordagens metodológicas definidas para estudo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.1 Estudo de revisão integrativa da literatura

5.1.1 Tipo de estudo

Realizada Revisão Integrativa da Literatura (RIL) caracterizada pelo seguimento de método minucioso de procura, seleção e avaliação das pesquisas frente à relevância e validade desejada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A RIL consiste na mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais aliados a dados da literatura teórica e empírica para uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

5.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Para a revisão definiu-se como critérios de inclusão artigos publicados em inglês, espanhol e português que apresentavam fatores para o comportamento autolesivo não suicida. Como critérios de exclusão foram eleitos: referências que não permitiram acesso gratuito ao texto completo *online* e artigos repetidos ou em outra língua. Nesta revisão não ocorreram restrições quanto ao período de publicação.

5.1.3 Coleta dos dados

A pergunta elaborada como questão norteadora da Revisão Integrativa da Literatura foi: Quais os fatores relacionados ao comportamento autolesivo? A busca dos estudos primários foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados Índice Bibliográfico Español de Ciencias de La Salud (IBECS), Avaliações de Tecnologias Sanitárias (HTA), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Ensaios Clínicos Controlados (CENRTAL) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Para compor a estratégia de pesquisa mais sensível, utilizamos um descritor sobre o assunto combinada com uma palavra chave comumente utilizada pelos autores sobre o tema. Neste sentido, utilizou-se *selfharm AND* fatores de risco na técnica booleana de descritores em Ciências da Saúde indexados.

5.2 Estudo quantitativo

5.2.1 Tipo de estudo

Turato (2005) destaca que o estudo quantitativo tem como atitude científica a busca da explicação do comportamento dos fenômenos. Para o autor (2007, p.511) a credibilidade deste tipo de estudo é pautada na "qualidade da elevada confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados obtidos". Ao contrário do estudo qualitativo, a metodologia quantitativa constitui como objetivo de estudo fatos vistos ou descritos, estabelecendo relação causal. Além disso, possui instrumentos preestabelecidos, com procedimentos fixados, com amostragem randomizada e amostra com o maior número de participantes possíveis.

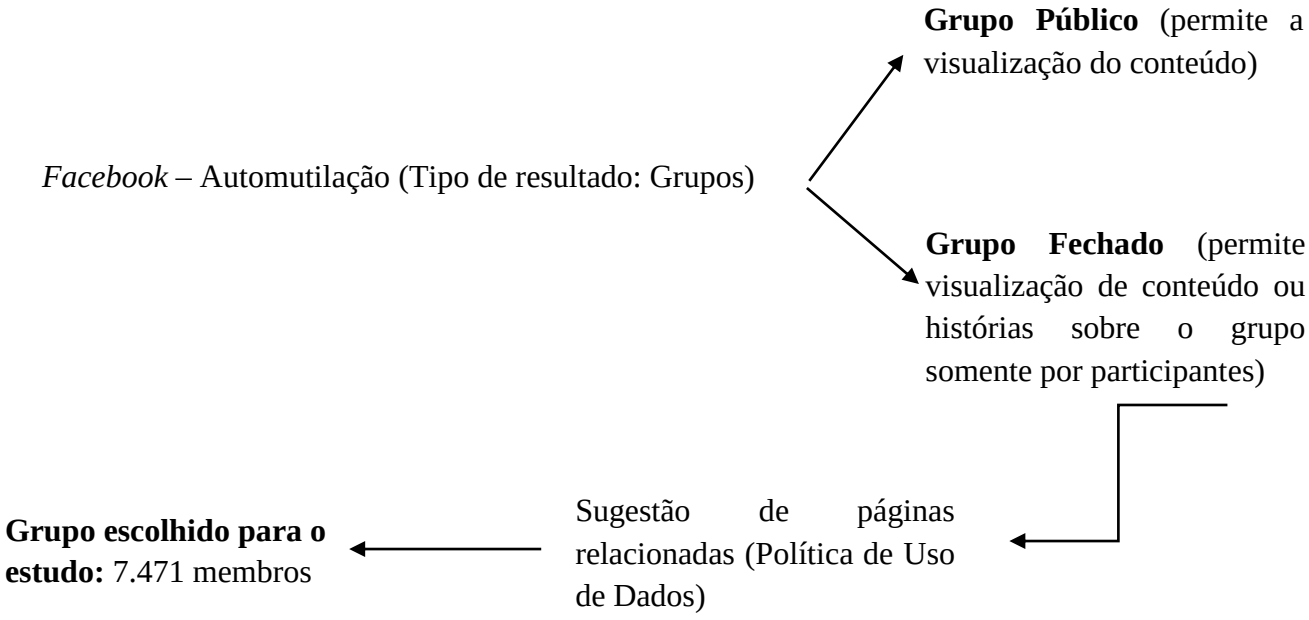
Minayo e Sanches (1993) destacam que a utilização do estudo quantitativo é pautada na interação do pensamento e matemática quando há necessidade de maior precisão de expressão. Turato (2005) ainda enfatiza que a pesquisa quantitativa possui como atitude científica a busca da explicação do comportamento das "coisas", sendo constatada a construção teórica e posteriormente confirmada ou refutada as hipóteses formuladas. O autor ressalta que o tratamento dos dados na pesquisa quantitativa faz uso de técnicas bioestatísticas para organização dos achados.

De acordo com Minayo e Sanches (1993) o uso da probabilidade para descrever padrões biológicos, médicos ou sociais não é recente. As distribuições de probabilidade estão interligadas a conceitos matemáticos, mesmo sendo determinas pelo conceito de chances estabelecido pelo senso comum. A estatística tem como função estabelecer relação entre o modelo teórico proposto e os dados observados no mundo real. Ou seja, enquanto a teoria da probabilidade está dentro da essência da lógica dedutiva, a estatística encontra-se no cerne da lógica indutiva. Dessa forma a potencialidade dos procedimentos estatísticos está na possibilidade de se estabelecer inferência, ou seja, a estatística inferencial (MINAYO; SANCHES, 1993)

5.2.2 Local e período do estudo

A base de dados para coleta do presente estudo foi a Rede Social Virtual *Facebook*[1], especificamente um grupo de automutilação. De acordo com a descrição do grupo, este possui como finalidade a troca de informações sobre a automutilação com intuito de ajudar os indivíduos praticantes da automutilação. De acordo com Harris e Roberts (2013) o número de páginas da *web* sobre automutilação tem aumentado concomitante com o aumento da acessibilidade e desenvolvimento da comunicação na *internet*, ou seja, as informações sobre o comportamento autolesivo estão mais disponíveis que anteriormente. Entre os grupos de automutilação no *Facebook* definiu-se para estudo o grupo com maior número de participantes, além de conter fotos, depoimentos diários dos participantes. Para seleção do grupo de pesquisa foi utilizado a barra de busca do *Facebook* com o termo "automutilação". Após buscas o próprio sistema encontrou-se dois tipos de grupo: os grupos públicos e grupos fechados, sendo que um permite a visualização do conteúdo por qualquer usuário do *Facebook*; e outro que permite a visualização do conteúdo somente por integrantes do grupo, ou seja, é necessário a obtenção de permissão aos administradores dos grupos. O grupo selecionado para pesquisa teve sua escolha após aparecer como sugestão de páginas relacionadas (Política de Uso de Dados) (Figura 9).

Figura 9: Esquema sobre a escolha do grupo de pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor

[1] https://www.facebook.com/

O grupo, em janeiro de 2015, apresentava 7.471 membros. Não se tem registro de seus idealizadores, entretanto o movimento do grupo na web é grande. Atualmente consta no site de busca *Google*, além de grupos no *Facebook*, Blogs, canais no site *Youtube*, além de páginas no *Tumblr* e citações em diversos sites. De acordo com a descrição da página, o grupo foi criado em prol aos praticantes de automutilação, funciona como espaço de apoio, troca de informações, histórias e relatos de suas vivências frente a tal prática, não sendo necessária se automutilar para pertencer ao grupo, mas ter o desejo de ajudar os membros.

Os dados quantitativos foram coletados retrospetivamente, sendo referentes ao ano de 2014.

5.3.3 População e amostra

Em janeiro de 2015 havia o total de 7.471 participantes do grupo sendo sete administradores. Nos grupos do *Facebook* é possível identificar os membros por nome e os membros por data de entrada. Segundo cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança no universo de 7.471 participantes teve como amostra neste estudo a análise de 366 perfis. Para melhor análise dos perfis, a amostra de 366 perfis foi dividida igualmente entre os perfis mais antigos e os mais novos. Sendo este o critério de inclusão. Como critério de exclusão foi definido o perfil dos administradores do grupo.

A amostragem intencional advém do conhecimento sobre a população do estudo e o propósito do mesmo. De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008) o contraponto da amostragem intencional está na descrição dos nexos causais, atrelada a imaginação e outras questões subjetivas na elaboração das teorias na consciência do cientista. Para os autores, esta visão valoriza características representativas de contextos envoltos de “questões psicossociais do ser humano, o desempenho de um atributo, mesmo que de maneira superdimensionada por indivíduos típicos quanto a determinado parâmetro em investigação” (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008, p. 18)

5.3.4 Coleta e tratamento dos dados

Para coleta de dados foi utilizado formulário construído especificamente para esta pesquisa. O formulário apresenta questões encontradas nos perfis dos membros do grupo,

como: sexo, idade, escolaridade, localização geográfica, vínculo empregatício e status de relacionamento. É importante frisar que os dados que foram coletados, são dados públicos visíveis a todos os participantes do *Facebook*. Os dados não disponíveis no perfil de algum membro, não foram solicitados para não haver interação entre pesquisador e pesquisado, ficando portanto tal dado como dado inexistente (99).

Os dados foram transferidos para planilhas do *Microsoft Excel* 2010 e analisados estatisticamente, utilizando-se o software estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para análise dos resultados foi utilizado o teste qui-quadrado ($\chi 2$) para verificação de diferenças estatisticamente significativas. Foi estabelecido nível de significância de 1% ($p \leq 0{,}001$).

5.3 Estudo qualitativo

5.3.1 Tipo de estudo

A pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida (FLICK, 2009). De acordo com Turato (2005), a pesquisa qualitativa emerge da necessidade do pesquisador em compreender as particularidades e significados do processo saúde-doença para o indivíduo. Assim, os métodos qualitativos em saúde buscam:

> "interpretar os significados – de natureza psicológica e complementarmente sociocultural – trazidos por indivíduos (pacientes ou outras pessoas preocupados ou que se ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade), acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença" (TURATO, 2005, p.510).

Para Minayo (2012, p.622) este tipo de pesquisa é composto por "substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação". A experiência é como o ser humano compreende a si próprio e o seu significado no mundo. Já a vivência é o produto da reflexão pessoal sobre a experiência, sendo única de cada indivíduo. O senso comum é proveniente dos dois substantivos anteriores e que orienta o indivíduo nas várias situações da sua vida, sendo constituído por opiniões, valores, crenças, modo de agir, relacionar-se, sentir. E por último a ação que é definida como exercício do indivíduo e sociedade no constructo de suas vidas. A autora ressalta que o mesmo está condicionado à noção de liberdade para agir e consequentemente transformar o mundo (MINAYO, 2012).

O método qualitativo apresenta cinco características fundamentais: busca do significado, pois a partir dos significados, tem-se a concepção do fenômeno culturalmente; o

ambiente natural ou *setting* de pesquisa; o pesquisador como próprio instrumento de pesquisa, utilizando de sua acurácia e sentido na capitação dos dados; o método tem maior rigor na validade dos dados; e a generalização é realizada a partir de "conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos". Assim, o método qualitativo consegue abarcar a totalidade da essência do objeto a ser estudado, propiciando rico levantamento de dados e interpretações dos resultados com grande autoridade (TURATO, 2005, p.510).

Em relação à abordagem ou análise da pesquisa qualitativa, Minayo (2012, p.623) destaca três pontos principais: compreender, interpretar e dialetizar. Compreender é "exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro, tendo vista que como seres humanos temos condições de exercitar esse entendimento" Para a autora todo processo de compreensão é parcial e inacabado tanto para o pesquisado, que compreende incompletamente sua vida, quanto para o pesquisador por ser limitado no que compreende e interpreta. Interpretar é continuo da compreensão e também está presente nela, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas no que é compreendido.

Silverman (2009) destaca a importância da confiabilidade e validade na pesquisa qualitativa, de acordo com o autor a credibilidade dos estudos da pesquisa qualitativa não se baseia apenas na confiabilidade de seus dados e métodos, mas também na validade de seus achados. A validade de um estudo qualitativo não precisa seguir práticas acríticas de textos metodológicos, para Silverman (2009) existem cinco maneiras para validação de uma pesquisa: indução analítica, método comparativo constante, análise de caso desviante, tratamento abrangente dos casos, uso de tabulações apropriadas. Abaixo segue critérios para a avaliação da pesquisa qualitativa segundo Silverman (2009):

Quadro 7: Critérios para avaliação da pesquisa

1. Os métodos da pesquisa são apropriados para a natureza da questão que está sendo formulada?
2. É clara a conexão com um corpo existente de conhecimento ou teoria?
3. Há relatos claros dos critérios usados para a seleção de casos para estudo e da coleção e análise dos dados?
4. A sensibilidade dos métodos corresponde às necessidades da questão da pesquisa?
5. A coleta dos dados e a manutenção dos registros foram sistemáticas?
6. Foi feita referência aos procedimentos aceitos para a análise?

7. Quão sistemática é a análise?
8. Há uma discussão adequada de como temas, conceitos e categorias derivam dos dados?
9. Há discussão adequada das evidências pró e contra os argumentos do pesquisador?
10. Há uma distinção clara entre os dados e sua interpretação?

Fonte: SILVERMAN (2009).

Dessa forma, foi escolhido estudo qualitativo por abarcar especificidades profundas que o objeto de pesquisa possui.

5.3.2 Local e período do estudo

A base de dados para coleta do presente estudo foi a Rede Social Virtual *Facebook*, especificamente o grupo de automutilação descrito no item 4.2.2. Os dados qualitativos foram coletados retrospetivamente, sendo referentes aos anos de 2014 e 2015.

5.3.3 População e amostra

Os dados qualitativos foram as imagens e textos postados pelos membros do grupo. Sendo que as imagens se referem às imagens postadas junto aos depoimentos. Os textos referem-se aos depoimentos e comentários postados pelos integrantes do grupo. Ainda foram coletados os comentários advindos das imagens e textos para analisar as conexões. A coleta de dados foi retrospectiva referente aos meses de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Adotou-se como critérios de inclusão postagens relacionadas estritamente ao tema automutilação e postagens com o maior número de comentários (acima de 10 comentários).

5.3.4 Coleta e tratamento dos dados

Para coleta de dados foi elaborado instrumento específico para o projeto de pesquisa, que subsidiou a construção do banco de dados. O formulário de coleta de dados se encontra nos apêndices B e C. Para análise dos dados qualitativos foram utilizados os referenciais da Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto (OLIVEIRA, 2008). Caracteriza-se como processo de fragmentação de textos com o objetivo de identificar regularidades, possibilitando o tratamento do material textual, a identificação da pluralidade temática em um conjunto de textos e também pondera a frequência de temas no mesmo conjunto Para Bardin (1977):

> "A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens" (BARDIN, 1977, p.84)

A Análise de Conteúdo através da construção de categorias e tomando o tema como unidade de análise, permite identificar características gerais das atividades descritas (LOPES, 2016). Tudo o que pode ser transformado em texto pode ser analisado com a aplicação do método da análise de conteúdo, o que permite o acesso à vários conteúdos (explícitos ou não), colocando em evidência indicadores que permitem inferir sobre uma realidade que não a mesma da mensagem (OLIVEIRA, 2008). Para Bardin (1977) a Análise de Conteúdo não é um único instrumento, é adaptável e tem um campo de aplicação muito amplo: as comunicações.

Os passos da Análise de Conteúdo passam pela pré-análise, exploração do material, categorias de análise pré-estabelecidas e tratamento dos resultados, sendo utilizado como um instrumento de análise interpretativa que busca o(s) sentido(s) de um texto (BARDIN, 1977). A pré-análise possui subfases: leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices, elaboração dos indicadores e preparação do material. A exploração do material consiste nos processos de codificação e enumeração em conceitos previamente formulados e o tratamento dos resultados juntamente com a interpretação permite chegar a conclusões que levem ao avanço da pesquisa (BARDIN, 1977).

O objetivo da Análise de Conteúdo é a manipulação de mensagens para evidenciar indicadores que permitem inferir sobre outras realidades diferentes da mensagem inicial. É necessário estipular hipóteses e enquadrar a técnica dentro de um quadro teórico, criando um elo entre os dados do texto e a teoria do analista (BARDIN, 1977). Na análise de conteúdo, o processo de categorias não é obrigatório, porém a maioria dos procedimentos de análise são

realizados em torno de um processo de categorização (BARDIN, 1977). Os resultados obtidos pelas técnicas de Análise de Conteúdo não podem ser tomados como prova inelutável. Mas constitui uma ilustração que permite corroborar os pressupostos em causa pois a Análise de Conteúdo fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem (BARDIN, 1977).

A saturação foi o método escolhido para determinar o momento de finalizar a captação de dados. Para Fontanella, Ricas e Turato (2008) compreende-se por fechamento amostral por saturação teórica, a interrupção da coleta de dados quando a partir da avaliação do pesquisador, as informações são reincidentes, não acrescentando mais na reflexão teórica. Para os autores, a compreensão do momento de finalizar a coleta de dados por saturação compreende três critérios importantes: limites empíricos dos dados, integração dos dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa, ou seja, é necessário proximidade do pesquisador com o objeto estudado.

É importante ressaltar que para a divulgação dos resultados optou-se por não realizar a correção de termos e sentenças das postagens dos sujeitos da pesquisa, uma vez que os dados demonstram uma nova forma de comunicação, com características próprias do ambiente *online* e que desvelam informações importantes para o estudo.

O quadro 8 apresenta o percurso metodológico utilizado na Dissertação contemplando os tipos de estudo.

Quadro 8: Resumo do Percurso Metodológico

Tipo de Estudo	**Revisão Integrativa da Literatura**	**Estudo Quantitativo**	**Estudo Qualitativo**
Cenário	Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme)	Grupo automutilação no *Facebook*	Grupo automutilação no *Facebook*
Período	1996-2014	--	2014-2015
População	23 artigos	Membros de grupos de automutilação em RSV.	Postagens em grupos de automutilação em RSV.
Critérios Inclusão	Artigos sobre fatores de risco para automutilação; Artigos em português,	Membros do grupo de automutilação em RSV.	Postagens com mais de 10 comentários.

	inglês e espanhol.		
Critérios Exclusão	Artigos incompletos, repetidos ou indisponíveis.	Administradores do grupo de automutilação em RSV.	Postagens com conteúdo fora do proposto pelo estudo.
Coleta de Dados	Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme)	Formulário de coleta específico	Formulário de coleta específico.
Tratamento dos Dados	*Microsoft Word 2010*	*Microsoft Excel 2010*	*Microsoft Word 2010*
Análise dos Dados	Análise crítica dos estudos	*SPSS 17.0 (*Estatística descritiva e inferencial)	Análise de Conteúdo – Bardin

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.4 Preceitos éticos

Os aspectos éticos desta pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João Del-Rei (CEPES/CCO) (CAAE: 41768615.6.0000.5545, Parecer nº 975.511 de 19/03/2015) (ANEXO C). A proposta inicial de projeto constava com análise dos dados qualitativos através do software WebQDA, que é um software de apoio a análise de dados qualitativos. Entretanto a empresa responsável pelo software o desativou no ano de 2015, sendo necessária mudança da análise metodológica do projeto e demandando emenda do mesmo no CEPES/CCO. A emenda foi aceita pelo CEPES/CCO sob o parecer nº 1.422.873 (CAE: 41768615.6.0000.5545) (ANEXO D).

Em detrimento do número extenso de participantes, no caso 7.471 indivíduos na data da aprovação; e que a divulgação de tal pesquisa poderia coibir os indivíduos, fragilizando assim os laços entre pesquisador e pesquisado prejudicando o interesse basilar da pesquisa, os responsáveis por esta pesquisa optaram por solicitar junto ao CEPES/CCO a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme o subitem IV. 8, do item sobre Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, em que se torna justificada a dispensa de TCLE quando o mesmo for

inviável e sua obtenção signifique risco aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado (APENDICE E).

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Os resultados do projeto de mestrado serão apresentados por meio de cinco artigos científicos elaborados de acordo com as normas das revistas científicas escolhidas para submissão. Ressalta-se que a forma e preparação do projeto de dissertação segue as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e dos artigos adotam as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (VANCOUVER) e American Psychological Association (APA).

O quadro 9 resume os resultados da dissertação a partir do tipo de estudo e objetivo de cada artigo.

Quadro 9: Resumo dos resultados a partir do estudo e objetivo propostos.

Tipo de Estudo	Objetivo	Título do Artigo
Revisão Integrativa da Literatura	Identificar na literatura científica fatores associados ao comportamento autolesivo deliberado	Comportamento autolesivo ao longo do ciclo de vida: Revisão Integrativa da Literatura
Quantitativo	Caracterizar o perfil dos participantes de um grupo de automutilação em redes sociais virtuais	Representações identitárias de participantes de grupo de automutilação em rede social virtual
Qualitativo 01	Identificar a composição e estrutura de um grupo de automutilação em Rede Social Virtual através das postagens e comentários dos participantes	Uma investigação sobre automutilação em um grupo das redes social virtual *Facebook*
Qualitativo 02	Identificar a dinâmica de um grupo de automutilação em rede social virtual (RSV)	Processo do comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais
Qualitativo 03	Analisar a comunicação suicida em grupo *on-line* de automutilação	Comunicação suicida em grupos *online* de automutilação

Fonte: Elaborado pelo autor

6.1 ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

6.1.1 Comportamento autolesivo ao longo do ciclo de vida: Revisão Integrativa da Literatura

Silva, Aline Conceição
Enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ. E-mail: csilvaaline@hotmail.com
Botti, Nadja Cristiane Lappann
Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.

RESUMO
Objetivo: Identificar na literatura científica fatores associados ao comportamento autolesivo deliberado.
Métodos: Realizado Revisão Integrativa da Literatura na Biblioteca Virtual em Saúde através da técnica booleana com os termos self harm *AND* fator de risco. Encontrado 173 artigos, desses apenas 29 estavam dentro da temática proposta. Através dos critérios de exclusão foram eleitos 23 artigos para compor o estudo.
Resultados: A partir da leitura e análise crítica dos artigos emergiram duas categorias de análise: conceito polissêmico de automutilação e automutilação ao longo do ciclo e vida.
Conclusão: A automutilação apresenta conceito polissêmico com manifestação diversa do comportamento. Observaram-se generalidades quanto a fatores de risco sendo que estão presentes em todas as etapas do desenvolvimento humano, bem como fatores específicos que se apresentam particularmente em cada fase do ciclo de vida.
PALAVRAS-CHAVE: Automutilação, Fator de Risco, Ciclo de Vida.

ABSTRACT
Objective: Identify the scientific literature factors associated with deliberate self-injurious behavior.
Material and Methods: Done Integrative Literature Review on Virtual Health Library through Boolean technique with the words self-harm AND risk factor. Found 173 articles, only 29 of these were within the proposed theme. Through the exclusion criteria were elected 23 articles to compose the study.
Results: From reading and reviewing articles there were two categories of analysis: polysemic concept of self-mutilation and self-mutilation throughout the cycle and life.
Conclusion: Self-mutilation shows polysemic concept with diverse manifestation of behavior. They were observed as general risk factors which are present in all stages of human development, as well as specific factors that are present in each particular phase of the life cycle.
KEYWORDS: Self-mutilation, Risk Factor, Life Cycle.

RESUMEN
Objetivo: Identificar los factores asociados con la literatura científica conducta autolesiva deliberada.
Método: Revisión integradora de la literatura en la Biblioteca Virtual de Salud a través de la técnica de Boole con las palabras self-harm AND factor de riesgo. Se han encontrado 173 artículos, sólo 29 de ellos se encontraban dentro de la temática propuesta. A través de los criterios de exclusión fueron elegidos 23 artículos para componer el estudio.

Resultados: A partir de la lectura y revisión de artículos que había dos categorías de análisis: concepto polisémico de la auto-mutilación y la auto mutilación lo largo del ciclo y de la vida.
Conclusión: La automutilación muestra concepto polisémico con diversa manifestación de comportamiento. Se observan como factores generales de riesgo que están presentes en todas las etapas Del desarrollo humano, así como factores específicos que están presentes en cada fase particular del ciclo de vida.
PALABRAS CLAVE: La automutilación, factor de riesgo, del Ciclo de Vida.

INTRODUÇÃO

Automutilação deliberada constitui a destruição deliberada direta ou alteração do tecido do corpo sem intenção consciente de suicídio, mas que resulta em ferimentos graves o suficiente para a ocorrência de lesões. Este comportamento está associado a mecanismos mal adaptativos de enfrentamento ou estratégias de regulação de emoção, neste sentido a automutilação deliberada pode ser utilizada para alívio de emoções muito fortes e diminuição da tensão. Além das inequívocas consequências físicas observa-se que a automutilação deliberada está associada com uma variedade e complexidade de interferências negativas como na terapia e relacionamentos interpessoais ou extremos como no caso de resultar, involuntariamente em morte[(1)].

O comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante em adolescentes do sexo feminino[(2)]. Em geral, tem início entre os 13 e 14 anos e pode persistir por 10 ou 15 anos ou ainda, por mais tempo[(3)]. Em relação à prevalência do comportamento autolesivo nessa faixa etária encontra-se 6,9% entre estudantes ingleses, 35,8% entre adolescentes japoneses do sexo masculino e encarcerados e 45% entre adolescentes americanos[(3)]. No tocante aos adolescentes canadenses de 12 a 16 anos de idade encontra-se prevalência de 13,9% e entre os adolescentes americanos de 13% a 39%. Nos países ocidentais 5,9% dos adolescentes relatam ter praticado algum tipo de comportamento autolesivo no ano anterior[(4)]. No Brasil, os estudos sobre o comportamento autolesivo ainda se apresentam incipientes, entretanto verifica-se aumento significativo na prevalência desse comportamento[(3)]. O risco de suicídio após o comportamento de automutilação é alto, cerca de 15% dos jovens com automutilação atendidos em serviços de emergência apresentaram novo episódio dentro de um ano e 5% morrem por suicídio depois de 9 anos [(4)].

Ressalta-se que o interesse pela automutilação vem crescendo gradativamente nos últimos 20-30 anos, principalmente com o advento da *internet*. Estima-se que sete em cada dez jovens, com idades entre 12 a 19, são ligados à *internet* para comunicação e interação. Nestes casos de 90% envia ou recebe *e-mails*, 75% envia ou recebe mensagens instantâneas, 61% dos acessos cria e / ou mantém redes sociais, e 14% o utiliza para procurar um

companheiro[5]. Os fatores comumente relacionados a esta prática são os transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, abuso de substâncias ilícitas e transtornos de ansiedade como também desvantagem socioeconômica [6]. Neste contexto a automutilação deliberada é um comportamento que cada vez mais desafia a atenção dos pesquisadores clínicos[1]. Dessa forma o objetivo do presente estudo é identificar na literatura científica fatores associados ao comportamento autolesivo deliberado.

METODOLOGIA

Realizada Revisão Integrativa da Literatura que se caracteriza pelo seguimento de um método minucioso de procura, seleção e avaliação das pesquisas frente à relevância e validade desejada [7]. A Revisão Integrativa da Literatura consiste na mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais aliados a dados da literatura teórica e empírica para uma compreensão completa do fenômeno analisado[7].

A pergunta elaborada como questão norteadora da Revisão Integrativa da Literatura foi: Quais os fatores relacionados ao comportamento autolesivo? A busca dos estudos primários foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados Índice Bibliográfico Español de Ciencias de La Salud (IBECS), Avaliações de tecnologias Sanitárias (HTA), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Ensaios Clínicos Controlados (CENRTAL) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Para compor a estratégia de pesquisa mais sensível, utilizamos um descritor sobre o assunto combinada com uma palavra chave comumente utilizada pelos autores sobre o tema Assim, utilizou-se selfharm *AND* fatores de risco na técnica booleana de descritores em Ciências da Saúde indexados.

Para a revisão definiu-se como critérios de inclusão artigos publicados em inglês, espanhol e português que apresentavam fatores para o comportamento autolesivo deliberado. Como critérios de exclusão foram eleitos: referências que não permitiram acesso gratuito ao texto completo on-line e artigos repetidos. Nesta revisão não ocorreram restrições quanto ao período de publicação.

RESULTADOS

A partir da busca encontrou-se 173 manuscritos sendo 164 MEDLINE, 05 CENRTAL, 02 LILACS, 01 HTA, 01 IBECS. Dentre os 173 artigos encontrados, 158 possuíam resumo disponível. Destes, apenas 29 estavam dentro do tema proposto para a revisão. Dos 29 artigos

foram excluídos 06 artigos (02 foram excluídos por não possuir texto completo disponível, 03 artigos estavam em outro idioma, e 01 artigo em banco de dados repetido), sendo utilizado nesta Revisão Integrativa da Literatura o total de 23 artigos (Quadro 1). Todos os artigos encontrados são publicações no idioma inglês.

A partir da leitura e análise crítica dos artigos emergiram duas categorias de análise: automutilação conceito polissêmico e automutilação deliberada ao longo do ciclo vital.

Quadro 1: Artigos Selecionados por Etapas do Ciclo Vital

Etapa do Ciclo Vital	**Título do artigo**	**Ano**	**Natureza do estudo**
População Infanto/Juvenil (11 artigos)	Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England[8]	2002	Transversal
	Revictimization and Self-Harm in Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse[9]	2003	Prospectivo
	Rates, risk factors and methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review[10]	2007	Revisão Sistemática
	The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents[11]	2009	CasoControle
	Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review[12]	2009	RevisãoBibliográfica
	Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys[13]	2010	Transversal
	Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls[14]	2011	Longitudinal Prospectivo
	Bullying victimisation and risk of self	2012	Longitudinal Coorte

	harm in early adolescence: longitudinal cohort study[15]		
	Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample[16]	2013	Randomizado
	Associations of deliberate self-harm withloneliness, self-rated health and lifesatisfaction in adolescence: NorthernFinland Birth Cohort 1986 Study[17]	2013	Longitudinal Coorte
	Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study[18]	2014	Coorte
	Deliberate self harm and the Probation Service; an overlooked public health problem?[19]	1996	Transversal
	Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves?[20]	1999	Transversal
	Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study[21]	2005	Longitudinal Coorte
	Risk of Harm: Inmates Who Harm Themselves While in Prison Psychiatric Treatment[22]	2006	Transversal
	Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: the Tompkins acute ward study[23]	2007	Transversal
População Adulta (10 artigos)	Rates, risk factors and methods of self harm among minority ethnic groups in	2007	Revisão Sistemática

	the UK: a systematic review[10]		
	Prevalence and Correlates of Self-Injury Among University Students[24]	2008	Transversal
	Temperament as a propective predictor of self -injury among patients with Borderline personality disorder[25]	2009	Transversal
	Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review[12]	2009	RevisãoBibliográfica
	Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample[26]	2010	Transversal
População Idosa (05 artigos)	Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study[21]	2005	Longitudinal Coorte
	Deliberate self-harm in older people revisited[27]	2005	Observacional
	Suicide and deliberate self harm in older Irish adults[28]	2010	Transversal
	Self-injurious behavior in the nursing home setting[29]	2011	Revisão Bibliográfica
	The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person[30]	2011	CasoControle

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

DISCUSSÃO

Automutilação conceito polissêmico

Encontrado diversidade de conceitos nos artigos referentes à automutilação, entre eles citam-se: automutilação deliberada (Deliberate self harm – DSH) [19] [8], automutilação não fatal (Self harm - SH)[10], comportamento de auto dano (Self-injuriousbehavior – SIB)[29], auto dano (Self-Injury - SI)[26] refere-se a qualquer ato deliberado[19]autoinduzido [9] [14]intencional

[14] de auto dano [19][17] (para destruir ou prejudicar o próprio corpo) com um resultado não fatal [19], mas resultando em danos relevantes nos tecidos [12][24][11].

A autolesão é um ato com um resultado não-fatal que o indivíduo faz deliberadamente com a intenção de se prejudicar [17][11] (sem a intervenção de outros [28]. No entanto, há definições que incluem outros responsáveis pelo ato prejudicial, neste caso além do próprio indivíduo, o dano pode ser produzido pela família ou tratamento médico que deliberadamente causaram dano físico [30]. Ressalta-se que a automutilação enquanto qualquer ação contra si mesmo apresenta gravidade que necessita de cuidados médicos [22].

A automutilação também é conhecida como parasuicídio [19], auto envenenamento ou auto lesão [8], é muito comum entre adolescentes [14][8]. É um problema que produz sobrecarga nos serviços de saúde [10] e, apesar da dificuldade de se avaliar o grau de intenção suicida, sabe-se que a automutilação é importante fator de risco para o suicídio consumado e para futuro comportamento autolesivo[10]. Neste aspecto, encontra-se que a automutilação deliberada enquanto comportamento auto induzido pode apresentar-se sem intenção suicida [12] ou sem consciente intenção suicida [24] [11] [13]

Autolesão ou automutilação deliberada encontra-se, tradicionalmente, ligada a transtornos limítrofes de personalidade, depressão, ansiedade, abuso de substâncias e transtornos alimentares [24]. Em geral, o auto dano é considerado uma má adaptação ou estratégia para tentar reduzir, evitar ou regular determinadas emoções avassaladoras para o indivíduo [26].

São comuns entre as pessoas que produzem automutilação deliberada determinadas características, tais como: dificuldade em identificar, entender ou expressar suas emoções, maior frequência de emoções negativas na vida diária, menor recurso pessoal de enfrentamento, baixa autoestima, baixa habilidades de resolução de problemas, menor crença na auto-eficácia e maior tendência de auto-culpabilização como forma de enfrentamento [12]. Verificam-se também evidências entre fatores psicopatológicos específicos e o comportamento de autoagressão, tais como desrealização/dissociação e alexitimia (falta de expressividade emocional) [12].

O comportamento de auto dano pode ser direto (por exemplo, auto corte) ou indireto (por exemplo, alimento ou recusa a medicação [29]. Engloba uma variedade de comportamentos com a intenção de causar um auto dano como produzir um auto corte com quaisquer instrumentos [17] [11] [13], mas não inclui tatuagem e *bodypiercing* [11]. Também inclui saltar de altura [13] [17], ingerir medicamento prescrito em excesso ou para além da dosagem

terapêutica reconhecida [17] [13] [28] ou ingerir drogas lícita ou ilícita em excesso [17] [13], ingerir uma substância ou objeto não-ingerível altura [13] [17] ou produzir uma queimadura [17].

Automutilação deliberada ao longo do ciclo vital

Elencou-se os fatores de risco para o comportamento autolesivo de acordo com etapas do ciclo vital que se encontram no quadro 2.

Quadro 2: Fatores de risco para o comportamento autolesivo de acordo com etapas do ciclo vital.

Ciclo de vida	**Fatores de risco**
Infanto-juvenil	**Individuais:** fatores psicopatológicos específicos, tais como transtorno de conduta, personalidade *borderline*, depressão, ansiedade e sintomas psicóticos; consumo de álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas); preocupações com a orientação sexual e níveis de impulsividade e baixa autoestima; história de comportamento autoagressivo. **Familiares:** História familiar de tentativa de suicídio ou suicídio consumado; história de maltrato físico por um adulto ou pais; problema de parentalidade; assédio, abuso físico e sexual; negligência emocional; separação precoce dos pais, morar com apenas um dos pais; familiares com história de automutilação. **Sociais:** isolamento social; bullying; baixa escolaridade, formação profissional e/ou emprego; amigos com história de automutilação.
Adultos	**Individuais:** associação com transtornos mentais: depressão, transtorno alimentar, ansiedade; consumo diário de álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas); tipo de relacionamento; bissexuais e homossexuais femininos; experiências traumáticas na infância; evento negativo nos 06 meses anteriores; dificuldades de relacionamento com parceiros, amigos, cônjuges e vizinhos. **Sociais:** imigrantes negros; desemprego; crises financeiras.
Idosos	**Individuais:** Demência, depressão e sintomas psicóticos; baixa qualidade de vida e saúde física precária, doença debilitante; história anterior de automutilação deliberada; dependência alcoólica; **Sociais:** idosos institucionalizados

Fonte: Elaborado pelos autores.

Automutilação deliberada na população infanto-juvenil

Estudo de revisão mostra que adolescentes de 12 anos apresentam taxa de automutilação de 2,7% entre as meninas e 3,1% para os meninos, sendo que aos 15 anos, as taxas aumentam para 12,6% para meninas e 4,6% entre os meninos[12].Estudo de coorte de base populacional mostra que 19% dos participantes aos 16 anos relataram história de auto dano na vida, evidenciando comportamento de auto dano em 40% dos adolescentes de 18 anos com depressão e transtornos de ansiedade e 35% com problemas de uso de substâncias [18]. Estudo com adolescentes ingleses mostra que 13,2% alunos relatam automutilação deliberada na história da vida [8].

Entre meninas de 13-18 anos identifica-se prevalência de 11% de auto corte e de 10% de outras automutilações (abuso de drogas lícitas e ilícitas). Tem sido sugerido que as meninas expressam através de um comportamento auto prejudicial a sua incapacidade de adaptação e equilíbrio psicológico, neste caso o auto corte é utilizado como método terapêutico para alívio de tensão[11].

Estudo realizado com 2547 adolescentes com idade ≤14 anos indica que os pensamentos e atos de automutilação são evidentes sendo que um em cada cinco adolescentes apresentou pensamentos e um em cada dez executou pelo menos um ato de automutilação pelo menos um longo de um período de seis meses sugerindo a necessidade de maior foco de programas de prevenção de lesões autoprovocadas entre adolescentes mais jovens (com idade entre 12-13 anos)[16].

Os principais métodos utilizados para a automutilação deliberada foram corte (64,6%) e intoxicação (30,7%). Sendo que 12,6% dos casos de auto dano resultaram em necessidade de tratamento hospitalar, sendo com maior frequência para overdoses do que para o corte [8].O envenenamento foi o método de automutilação mais comum relatado entre os adolescentes de dois maiores grupos de minorias étnicas do Reino Unido (grupo de migrantes e seus descendentes do subcontinente indiano, também chamado de sul-asiáticos no Reino Unido e dos migrantes e seus descendentes do Caribe e África, também conhecidos como Black Caribe ou Caribe Africano)[10].

Entre os fatores associados à automutilação entre crianças de 5, 7, 10 e 12 anos encontram-se história familiar de tentativa de suicídio ou suicídio consumado e história de maltrato físico por um adulto[15]. Verificam-se também evidências entre fatores psicopatológicos específicos, tais como transtorno de conduta, personalidade borderline, depressão e sintomas psicóticos[15].

Dentre os 13,2% adolescentes de 15-16 anos que relatam automutilação deliberada na vida verifica-se que 45,0% disseram que queriam morrer[8]. Entre adolescentes de 15-16 anos a ideação suicida (sem automutilação deliberada) no ano passado foi relatada por 15,0%, sendo mais comum entre as meninas[8]. Estudo de base populacional investigando a frequência de automutilação deliberada entre adolescentes mostra que 18,0% das meninas e 5,3% dos meninos não tinha amigos íntimos, 24,7% das meninas e 13,7% dos meninos sentiam que ninguém gostava deles, 30,4% das meninas e 12,5% dos meninos relataram ter problemas de saúde e 40,5% das meninas e 15,4% dos meninos estavam insatisfeitos com a própria vida [17].

A exposição frequente a intimidação por parte de colegas durante a infância, isto é assédio moral, está associado a risco aumentado de automutilação entre jovens adolescentes de 12 anos [15]. Identifica-se que bullying, maus-tratos dos pais, problema de parentalidade são fatores implicados em aumento de taxas de automutilação[15].

Entre adolescentes de 15-16 anos, para ambos os sexos, observa-se maior associação de automutilação deliberada com relato de aumento de consumo de cigarros ou álcool e número de embriagues. A automutilação também foi mais comum entre os adolescentes com história de assédio, abuso físico e sexual. Observam-se ainda taxas mais elevada de automutilação entre os adolescentes que apresentaram preocupações recentes com a orientação sexual como também níveis de depressão, ansiedade, impulsividade e baixa autoestima [8]. Entre adolescentes de 13 a 18 anos observa-se maior risco de auto corte e outros tipos de automutilação entre aqueles que apresentam relato de auto corte, consumo frequente de drogas lícitas e ilícitas [11].

Adolescentes com problemas de saúde mental ou uso de substâncias, sem escolaridade, formação profissional e/ou emprego são grupo de alto risco para automutilação. No total, 19% da amostra relataram história da vida de auto danos na idade de 16 anos; destes participantes 24% não estavam em educação, emprego, ou formação na idade de 19 anos, e 40% das pessoas estavam com depressão e transtornos de ansiedade, e mais de 35% das pessoas com problema de uso de substâncias na idade de 18 anos[18].

Investigar a relação única de abuso sexual na infância para posterior vitimização física, sexual revitimização, histórias auto-agressivos de comportamento e de trauma na vida e seu significativo usando um desenho prospectivo, longitudinal. Investigação sobre maus tratos na infância e automutilação mostram associação entre abuso sexual na infância e automutilação entre adolescentes e adultas jovens mostrando as consequências traumáticas e persistentes de abuso sexual na infância. A incidência de automutilação entre vítimas de

abuso sexual é maior mesmo quando comparada com outras formas de maus-tratos infantis [9]. Quadros de dissociação estão associados ao suicídio e comportamentos auto agressivos[9].

A automutilação deliberada no ano anterior foi mais comum entre as adolescentes de 15-16 anos do que nos meninos, sendo que as meninas que vivem com um dos pais tiveram maiores taxas de automutilação deliberada. Observam-se ainda associação entre automutilação deliberada no ano anterior entre as adolescentes que tiveram amigos ou familiares com história de automutilação, uso de drogas, depressão, ansiedade, impulsividade e baixa autoestima [8]. As adolescentes de 13 a 18 anos com relato de auto corte e outros tipos de automutilação(abuso de drogas lícitas e ilícitas) apresentam escores mais elevados de depressão quando comparado com os meninos[11].

Entre as meninas observa-se que os problemas psicológicos e a automutilação podem entrar num círculo vicioso na forma de um sistema de feedback dinâmico tanto para o surgimento quanto para a estabilização de padrões patológicos. De maneira contrária, a relação problemas psicológico e automutilação entre os meninos não indica um problema igualmente sério, ou seja, embora a automutilação representa um sintoma de problemas psicológicos entre os meninos, ela pode não apresentar repercussões graves sobre desenvolvimento da saúde mental[14].

Entre os adolescentes do sexo masculino observa-se entre os fatores associados à automutilação deliberada no ano anterior a presença de amigos ou familiares com história de automutilação, uso de drogas e baixa autoestima[8]. Adolescentes de 15, 16 e 17 anos com experiência de vitimização de bullying apresentam maior associação com pensamentos e história de automutilação[13]. Entre os meninos com relato de vitimização verifica-se maior risco de automutilação quando há história anterior de automutilação, problemas com trabalhos escolares, abuso físico grave, preocupações sobre a orientação sexual e pensamentos de automutilação[13]. De maneira diversa, observam-se entre os meninos sem relato de bullying maiores chances de automutilação quando há história de automutilação por um amigo ou familiar, pensamentos automutilação e consumo de drogas [13].Os níveis de depressão, ansiedade, impulsividade e baixa autoestima foram associados com automutilação entre adolescentes de 15, 16 e 17 anos[13].

Automutilação deliberada na população adulta

Nesta revisão foram considerados dados referentes a adultos jovens os estudos realizados com universitários.

Estudo de prevalência de autolesão entre universitários norte-americanos mostra que alunos de graduação (7,9%) são mais propensos do que os alunos de pós-graduação (6,0%) para relatar autolesão. Entre os universitários que relataram autolesão, os comportamentos mais frequentes foram feridas (36,7%), bater a cabeça ou outras partes do corpo (35,8%), perfuração (20,7%), arranhão (18,4%), mordida (17,5%) e corte (11,1%), sendo mais comum entre as mulheres o relato de bater a cabeça ou outras partes do corpo e perfurar-se[(24)].

Dentre os universitários com história de autolesão observa-se que 32,5% apresentam associação com transtorno depressivo, 25,9% com transtorno alimentar, 16,6% com ansiedade e 11% relataram pensamentos suicidas durante as últimas 4 semanas. Sendo que a prevalência de pensamentos suicidas entre os universitários com história de autolesão foi maior entre os homens do que nas mulheres [(24)].

Aqueles que relataram autolesão foram mais propensos a relatar o consumo diário de cigarros e uso de maconha do que os seus pares sem história de autolesão[(24)].

Os estudantes que relataram estar em um relacionamento foram mais propensos a autolesão do que os universitários solteiros. Estudantes homens bissexuais e mulheres lésbicas apresentaram mais relato de autolesão do que universitários heterossexuais[(24)]. Em relação à percepção de necessidade de ajuda observa-se que entre os universitários que relataram autolesão cerca da metade (50,9%) percebiam necessidade de ajuda, 15,7% usaram alguma medicação psiquiátrica e mais de 80% estiveram com um profissional de saúde no ano passado, ainda encontra-se que 19,9% apresentam história de ter feito terapia e 25,9% algum diagnóstico de problema de saúde mental[(24)].

O estudo de prevalência de autolesão entre universitários italianos mostra que 20,6%relataram história de comportamento de auto dano pelo menos uma vez na vida. Em relação à frequência observa-se que 82,5% referiram mais de um episódio, 31,6% mais de 10 episódios, e 3,9% mais de 100 episódios de comportamento de auto dano. Quanto às formas específicas observa-se que 61,3% fizeram uso de um único método e 38,7% de vários métodos. Verifica-se maior frequência do comportamento de auto dano referente à interferência na cicatrização de feridas (35,6%), seguido por corte (25,4%), mordida (18,6%), escarificações, coçar grave (16,9%) e inserção de pinos, agulhas e grampos sob a pele (15,3%) [(26)].

Observa-se associação entre comportamento de auto dano recorrente e psicopatologia ou sofrimento psíquico em geral. No que diz respeito às associações entre comportamento de auto dano entre universitários e mecanismos de defesa há evidências de associação com mecanismos de defesa mal adaptativos, incluindo projeção, *acting out*, dissociação, repressão,

fantasia, conversão e evitação sugerindo maior desajustamento entre indivíduos com comportamento de auto dano recorrente. Ainda identifica-se maior variedade de sintomas psiquiátrico entre os universitários que apresentarem comportamento de auto dano recorrente, sugerindo a presença de maior gama de psicopatologia[26].Constata-se que pacientes adultos jovens e adultos possuem mais risco ao comportamento autolesivo quando em uso de inibidores seletivos de receptação ISRSs do que com prescrição de antidepressivos tricíclic os[21].

Estudo de revisão sobre fatores de risco e métodos de automutilação entre grupos de minoria étnica no Reino Unido mostra que as disputas interpessoais precipitando automutilação foram mais frequente entre imigrantes negros, sugerindo o estresse situacional como fator de risco para a ocorrência de atos impulsivos de automutilação entre os imigrantes, neste sentido a automutilação pode surgir em resposta à aflição interpessoal[10]. Entre os imigrantes sul-asiáticos encontram-se as substâncias domésticas, tais como água sanitária, gás, carvão e medicamentos, as mais utilizadas, entre os índios ocidentais são os medicamentos psicotrópicos mais comumente utilizados. Mais de 70% dentre as mulheres asiáticas internadas em uma unidade de tratamento de queimaduras após tentativa de suicídio usaram parafina para atear fogo em si mesmo[10].

Estudo de revisão mostra que é mais frequentemente mulheres utilizarem tratamento médico para a automutilação. Dados prospectivos apontam que desemprego e não ter parceiros como preditivo de recorrência de lesões autoprovocadas no prazo de 12 meses. Identifica-se associação entre automutilação e experiências traumáticas na infância, neste aspecto são fatores significativos: problemas psicológicos por parte de um dos pais, separação dos pais, e separação precoce ou prolongada de um dos pais. Ainda observam-se experiências na infância de negligência emocional, abuso físico ou psicológico, especialmente abuso sexual, entre adolescente e adulto com comportamento de automutilação[12].

Verifica-se maior vulnerabilidade para automutilação deliberada entre adultos que apresentaram pelo menos um evento negativo grave de vida nos últimos 6 meses. Entre os eventos de vida relatados encontram-se dificuldades de relacionamento com parceiros, amigos, cônjuges e vizinhos, crises financeiras e história de transtorno mental[30].

Inquérito-piloto de prevalência de automutilação deliberada entre a população adulta carcerária de duas prisões do Reino Unido mostra que 71% cometiam automutilação, sendo que a maioria respondeu que foram tentativas de suicídio. Ainda observa-se que 48% dos que receberam ordem de prisão preventiva foram encaminhados para tratamento psiquiátrico devido a risco de auto ferimento[19].

Estudo americano com presos do sexo masculino em tratamento psiquiátrico mostra que 60% apresentavam história ou ameaça de automutilação, sendo que 18% exibiram episódio de automutilação na prisão. Quanto às formas específicas verifica-se maior frequência do comportamento de automutilação não fatal (45%), tentativa de enforcamento (34%), overdose de droga (5%) e outras automutilações como asfixia, afogamento, bater a cabeça ou saltar de lugares altos (16%) [22].

Pacientes homens com padrão de uso pesado de bebida alcoólica apresentam maior risco de suicídio e de comportamento de automutilação deliberada. Entre os fatores de risco mais comuns para o suicídio entre usuários com padrão de uso pesado de bebida alcoólica encontram-se: sexo masculino, viver sozinho, desemprego, presença de pensamento e plano suicida, história de automutilação e de tratamento psiquiátrico[20]. Estudo realizado nas enfermarias de hospitais psiquiátricos de Londres mostra que a automutilação e o suicídio estão dentro dos incidentes mais frequentes, sendo que a automutilação se encontra associada com aumento da agressão física e ausência de pessoal [23].

Estudo com mulheres entre 18 e 45 anos recrutadas a partir de clínicas de tratamento comunitárias norte-americanas mostra que a intenção suicida e a letalidade da autolesão encontram-se associada com tentativa de suicídio. Observa-se associação da impulsividade de autolesão tanto na presença de tentativa de suicídio quanto comportamento de autolesão sem intenção suicida [25].

Automutilação deliberada na população idosa

A demência é o diagnóstico psiquiátrico mais comum associado com o comportamento de auto dano entre idosos institucionalizados. O comportamento de auto dano em adultos mais velhos está associado à baixa qualidade de vida e saúde física precária. Estudo de revisão mostra que idosos institucionalizados com demência apresentam comportamento de auto dano, sendo mais frequente o auto beliscar, arranhar e bater o próprio punho. Evidencias mostram que 26,8% dos idosos institucionalizados com idade média de 82,3 anos apresentam comportamento de auto dano indireto, como a recusa em comer[29]. Ao longo dos três anos foram identificados 99 episódios de automutilação deliberada envolvendo 84 pacientes com mais de 65 anos de idade encaminhados pelo departamento de acidente e emergência de hospitais do Reino Unido. A análise dos casos mostra que a relação entre homens e mulheres foi de 1:1,4. A média de idade para os idosos foi 72,5 anos e para as idosas, 75,3 anos. Dezenove dos 34 idosos eram casados em comparação com 13 das 48 idosas[27].

Em relação às características do comportamento de automutilação entre os idosos observam-se que 37% apresentavam história anterior de automutilação deliberada, em 93% dos episódios a overdose de comprimidos foi o método de escolha, 25% estavam sob cuidados de serviços psiquiátricos na época do episódio, 32% teve contato anterior com serviços psiquiátricos e 58% viu seu médico clínico geral dentro de 4 semanas antes do episódio. Ainda se observa que 37% tiveram depressão maior no momento da automutilação deliberada, 40% sofria de uma doença debilitante, 10% apresentavam dependência alcoólica [(27)].

Entre 2006 e 2008 registraram-se 2.352 casos de automutilação deliberada entre pessoas com 55 anos ou mais atendidas em hospitais irlandeses, sendo a maioria por mulheres (56,7%). O número médio de episódio por pessoa por ano foi de 1,22 (máximo = 13). Apenas um episódio por ano foi encontrado em 85,4% dos pacientes. A taxa de automutilação deliberada anual ajustada por idade taxa foi de 67,4 por 100 mil habitantes para os homens enquanto a taxa feminina, de 83,4 por 100 mil habitantes, portanto 24% de aumento. A incidência de automutilação deliberada entre os homens foi de 3,5 vezes enquanto para as mulheres, a incidência foi de 14,0. Os métodos de suicídio mais comuns foram enforcamento (41%) e afogamento (29%) entre os homens e afogamento (39%) e ingestão de medicamentos (24%) entre as mulheres[(28)].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito polissêmico do comportamento autolesivo comprova a complexidade da manifestação do fenômeno. Entretanto diferentes definições obstem a compreensão do comportamento, principalmente na prática profissional, tornando-se um fator limitante para seu estudo. Em relação aos fatores de risco para o comportamento autolesivo, observaram-se generalidades do comportamento estando presentes em todas as etapas do desenvolvimento humano, bem como fatores específicos que se apresentam particularmente em cada fase do ciclo de vida e de acordo com especificidades de cada gênero. Ressalta-se também a escassa contribuição de estudos relacionados aos fatores protetivos do comportamento autolesivo.

Dessa forma, evidencia-se a importância de novos estudos sobre o comportamento autolesivo em diferentes etapas do ciclo vital, de acordo com especificidades de gêneros e principalmente a comparecia de fatores protetivos para o fenômeno. Torna-se imprescindível também a compreensão do fato em diversos lócus, por exemplo, a *internet*, uma vez que o comportamento se manifesta principalmente na adolescência, sendo os jovens os maiores

utilizadores de tal ferramenta, tornando-se fonte de estudos para melhor apreensão da sua influência.

REFERÊNCIAS

1 Gratz KL.Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory.**J PsychopatholBehavAssess 2001; 23 (4): 253-261.**

2 Cedaro JJ, Nascimento, JPG. Dor e Gozo**:** Relatos de mulheres jovens sobre automutilações**.** Psicologia USP. 2013 24 (2): 203-223.

3 Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo. [Tese Doutorado online]São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. [acesso em 11 de Nov. de 2015] Disponível em http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-

4 Dinamarco AV. 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 de Mestrado online) São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011. [acesso em 11 nov. de 2015]Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06092011-162704/pt-br.php

5 MonteroCV, Torres BRA, González VG, Rodríguez ODJ, Arcos CL. *Internet* and sexual risk behavior for HIV/AIDS in young people *Internet* y conducta sexual de riesgopara VIH/SIDA en jóvenes.Enfermeria Global. 2015 14(2):160-168

6 Skegg K.Self-harm.Lancet 2005 366:1471-83.

7 Souza MT, Silva MD, CarvalhoR. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6

8 Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ 2002; 325:1207-11.

9 Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and Self-Harm in Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse. J Interpers Violence 2003; 18 (12) 1452-1471

10 Bhui K, McKenzie K, Rasul F. Rates, risk factors & methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. BMC Public Health 2007; 19:7-336.

11 Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, i Kylma J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44:23-28.

12 Fliege, H, Lee JR, Grim A, Klapp. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res 2009; 66: 477–493

13 McMahona EM, Reulbach U, Keeley H, Perry IJ, Arensman E. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. Soc. Sci. Med 2010; 71:1300-1307

14 LUNDH LG, WÅNGBY-LUNDH M, BJÄREHED J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. Scand J Psychol 2011; 52:476–483

15 Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. BMJ 2012; 344: 2683

16 Stallard P, Spears M, Montgomery AA, Phillips R, Sayal K. Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. BMC Psychiatry 2013; 13:328.

17 Ronka AR, Taanila A, Koiranen M, Sunnari V, Rautio A. Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. Int J Circumpolar Health 2013; 72: 21085

18 Mars B, Heron J, Crane C, Hawton K, Lewis G, Macleod J, Tilling K, Gunnell D. Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. BMJ 2014; 349:5954

19 Wessely S, Akhurst R, Brown I, Moss L. Deliberate self harm and the Probation Service; an overlooked public health problem? J Public Health Med 1996; 18(2): 129-132

20 Taylor C, Cooper J, Appleby L. Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves? Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 309-311

21 Martinez C, Rietbrock S, Wise L, Ashby D, Chick J, Moseley J, Evans S, Gunnell D. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. BMJ 2005; 330 ():1-7

22 Young MH, Justice JV, Erdberg P. Risk of Harm: Inmates Who Harm Themselves While in Prison Psychiatric Treatment. J Forensic Sci, January 2006; 51 (1):156-162

23 Bowers L, Allan T, Simpson A, Nijman H, Warren J. Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: the Tompkins acute ward study. Int J Soc Psychiatry 2007; 53(1): 75–84.

24 Gollust SE, Eisenberg D, Golberstein E. Prevalence and Correlates of Self-Injury Among University Students. J Am Coll Health 2008; 56 (5): 491-498

25 Chapman Al, Derbidge CM, Cooney E, Hong PY, Linehani MM. Temperament as a propective predictor of self -injury among patients with Borderline personality disorder. J Personal Disord 2009; 23(2), 122-140

26 I. Sarno, F. Madeddu, K.L. Gratz. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. Eur Psychiatry 2010; 25 () 136–145

27 Lamprecht HC, Pakrasi S, Gash A, Swann AG. Deliberate self-harm in older people revisited. Int J Geriatr Psychiatry, 2005. 20 (): 1090–1096.

28 Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ, Arensman L. Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. Int Psychogeriatr 2010; 22(8): 1327–1336

29 Mahgoub N, Klimstra S, Kotbi N, Docherty JP. Self-injurious behavior in the nursing home setting. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26(): 27–30.

30 Ritchie CW, King MB, Nolan F, O'Connor S, Evans M, Toms N, Kitchen G, Evans S, Bielawski C, Lee D, Blanchard M. The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. Int Psychogeriatr 2011. 23(2): 299–307

6.2 ESTUDO QUANTITATIVO

6.2.1 Representações identitárias de participantes de grupo de automutilação em rede social virtual

Silva, Aline Conceição
Enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ. E-mail: csilvaaline@hotmail.com
Botti, Nadja Cristiane Lappann
Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.

RESUMO
O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil dos participantes de um grupo de automutilação em rede social virtual. Realizado estudo exploratório, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa. Para a análise descritiva foi realizado cálculo de frequência absoluta e relativa. Para calcular a significância estatística utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Verificou-se maior frequência do gênero feminino e status de relacionamento solteiro. Entre as Regiões brasileiras observou-se maior frequência da região Sudeste sendo o Estado de São Paulo o que apresenta maior número de participantes. Os membros de grupo de automutilação são estudantes, sendo mais frequente o vínculo escolar em instituições públicas (ensino fundamental e ensino médio). Observa-se a caracterização dos usuários de grupos de automutilação em rede social virtual e suas representações identitárias.
Descritores: Automutilação; *Internet*; Rede Social.

ABSTRACT
The aim of the study was to characterize the profile of participants in the self-harm group in virtual social networks. Exploratory, retrospective and descriptive study with a quantitative approach. For descriptive analysis was carried out absolute and relative frequency calculation. To calculate the statistical significance, we used the chi-square test of Pearson. A higher frequency of women and relationship status no married. Among Brazilian Regions there was a higher frequency in the Southeast and the State of São Paulo which has a higher number of participants. The self-harm group members are students, and the school bond in public institutions more often (elementary and high school). Observed the characterization of users of self-mutilation groups in Social Virtual Network and its identity representations.
Descriptors: Self-mutilation; *Internet*; Social network.

RESUMEN
O objetivo do estuvo fue caracterizar o perfil dos participantes no grupo de auto-mutilación en redes socias virtuais. Estudio exploratorio, descriptivo e retrospectivo, con abordaje cuantitativa. Para el análisis descriptivo se llevó a cabo en el cálculo de la frecuencia absoluta y relativa. Para calcular la significación estadística se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. La mayor frecuencia de mujeres y solteros. Entre las regiones de Brasil, hubo una mayor frecuencia en el sureste y el Estado de São Paulo, que cuenta con un mayor número de participantes. Los miembros del grupo autolesiones son estudiantes, y los vales escolares en más a menudo las instituciones públicas (primarias y secundarias). Considere la caracterización de la auto-mutilación de los grupos de usuarios de la Red Virtual Social Identidad y sus representaciones.
Descriptores: La automutilación; *Internet*; Red social.

INTRODUÇÃO

O termo rede social advém dos estudos sociológicos e se caracteriza pela conexão de pessoas autônomas que se unem a partir de interesses compartilhados. Recentemente foi amplamente difundido com uso da *internet*, se denominando como redes sociais virtuais, ou seja, quando a mediação entre pessoas ou grupos se dá por meio do uso do computador. De tal modo que redes sociais virtuais são teias de conexões que difundem informações, oferecem voz às pessoas e atribuem valores.[1-3]

Na contemporaneidade o uso das redes sociais em *internet* tem expandido difusamente, tornando-se parte integrante da vida cotidiana de milhares de pessoas, sendo, portanto, interessante questionar-se sobre as relações pessoais *online*. A facilidade de se manter *online*, seja pelo acesso ou portabilidade, tem provocado preocupações entre pesquisadores e na sociedade. Entre estas se encontram a preocupação com a facilidade de reducionismo e simplificação dos relacionamentos e intimidades além da maneira com e que muitas pessoas as utilizam como gestão de suas vulnerabilidades e ansiedades sociais.[5]

A revolução digital do século XXI permitiu a reinserção de grupos marginalizados ou excluídos pela sociedade, reafirmando sua existência.[6] A disponibilidade de conteúdo sobre comportamento de risco na *internet* é crescente e apresenta-se desde reportagens em jornais eletrônicos até informações de autoajuda.[7] Neste contexto, as redes sociais virtuais apresentam espaços para a discussão sobre comportamento autolesivo, com enfoque nos depoimentos de seus praticantes. Ressalta-se que o interesse pela temática da automutilação vem crescendo gradativamente nos últimos 20-30 anos.[8]

O comportamento autolesivo consiste na alteração do tecido do corpo, sem intenção suicida consciente, que resulta em ferimentos graves o suficiente para a ocorrência de danos. Este comportamento é associado a um mecanismo mal adaptativo de enfrentamento ou estratégia de regulação emocional; neste sentido, a automutilação pode ser utilizada para aliviar fortes emoções e diminuir a tensão. Além às suas inequívocas consequências físicas negativas, a automutilação está associada a uma variedade de resultados negativos como interferência nos relacionamentos interpessoais e tratamento psicoterápico e, involuntariamente, na morte.[9, 10]

No Brasil, a temática da automutilação ainda é pouco abordada, apesar da elevada procura sobre o tema na *internet*. Em busca realizada no site *Youtube*, em agosto de 2012 com a palavra automutilação foram encontrados 141 vídeos sobre o tema incluídos no decorrer do ano e nas redes sociais, como o *Facebook*, existiam 07 comunidades relacionadas ao tema.[10]

Em nova busca realizada em novembro de 2015, no site *Youtub*e, foram encontrados 2.750 resultados de vídeos incluídos no corrente ano e 7.140 vídeos sobre automutilação no quantitativo total. Na rede social *Facebook*, foram encontradas 94 comunidades com o título automutilação, sendo que a maior comunidade em número de participantes apresenta 15.116 de membros. A conjuntura da expansão e alcance da *internet* tem chamado a atenção do público em geral, especialmente dos pais de crianças e adolescentes, dos profissionais da área da saúde e dos governos acerca do suicídio e comportamento autolesivo.[11]

A partir destas considerações, o objetivo deste estudo é caracterizar o perfil dos participantes de um grupo de automutilação em redes sociais virtuais.

METODOLOGIA

Realizado estudo exploratório, retrospectivo e analítico com abordagem quantitativa de um grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook*. As redes sociais na *internet* "representam um novo e complexo universo de fenômenos comunicativos, sociais e discursivos" não por se apresentar como novo método de análise, mas por sua reinscrição no ciberespaço apresentar novos elementos e novas dinâmicas para seu estudo. Este fenômeno apresenta-se constantemente renovado e reconstruído, sendo importante compreender os efeitos deste na sociedade. [12]

O grupo foi identificado para pesquisa através da barra de busca do *Facebook* com o termo automutilação. Foram identificados 94 grupos de automutilação sendo definido para estudo o grupo com maior número de membros. O grupo escolhido para estudo, além do *Facebook*, também se encontra em outros sites como *Google*, Blogs, *Youtube*, *Tumblr*. De acordo com a descrição da página no *Facebook*, o grupo foi criado para praticantes de automutilação funcionando como espaço de apoio, troca de informações e relatos de histórias e vivências do comportamento autolesivo. Na página também se ressalta que para participar do grupo precisa se ter o desejo de ajudar os membros com comportamento autolesivo e, portanto, não é necessário se automutilar para ser membro.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a maio de 2015 nos perfis dos membros do grupo *Facebook* através de um formulário construído especificamente para a pesquisa. Os dados coletados são dados públicos e referem-se às variáveis: sexo, idade, escolaridade, localização geográfica, vínculo empregatício e status de relacionamento.

A amostra foi constituída de 366 perfis a partir do cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança da população de 7.471 participantes. A amostra foi dividida

igualmente entre os perfis mais antigos e os mais novos. Como critério de exclusão foi definido os dados dos perfis dos administradores do grupo que totalizam 07 perfis.

Os dados foram codificados e digitados no programa *Microsoft Excel 2010* em planilha previamente programada. A seguir foram transportados para o programa de estatística SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para análise estatística. Para a análise descritiva foi realizado cálculo de frequência absoluta e relativa. Para calcular a significância estatística utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) com nível de significância estabelecido de 1% ($p \leq 0,001$).

Os aspectos éticos desta pesquisa estão de acordo com Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del Rei, sob parecer nº 975.511.

RESULTADOS

Entre as características declaradas nos perfis dos membros de grupo de automutilação em Rede Sociais Virtuais verifica-se maior frequência do gênero feminino (70,60%) e status de relacionamento solteiro (47,51%) ($p \leq 0,001$). A maioria dos membros informa ser brasileiro (95,42%) e morar no país (95,14%). Entre as Regiões brasileiras observa-se que a Sudeste é a mais frequente (76,09%) sendo o Estado de São Paulo o que apresenta maior número de participantes (51,52%) ($p \leq 0,001$) (Tabela 1).

Entre os Estados da Região Sudeste maior parte dos membros do grupo de automutilação moram em São Paulo (51,52%) seguido do Rio de Janeiro (19,51%) e Minas Gerais (7,93%), sendo o Estado do Espírito Santo o que apresenta menor número de participantes (0,61%). Entre as 137 cidades brasileiras declaradas 105 aparecem somente uma vez (76,64%). Salienta-se que 42,23% dos participantes do grupo declaram morar em três cidades brasileiras, sendo elas a cidade do interior paulista, Carapicuíba (16,13%,), e as capitais do Sudeste, Rio de Janeiro (12,32%) e São Paulo (13,78%).

Os membros de grupo de automutilação são estudantes, sendo mais frequente o vínculo escolar (ensino fundamental e ensino médio) (67,92%) quando comparado com o universitário (17,75%) ($p \leq 0,001$) (Tabela 2). A maioria, em relação ao vínculo escolar, afirma estudar em instituições de ensino públicas (82,91%). Por outro lado, os membros que apresentam vínculo universitário, maior parte declara estudar em instituições privadas (43,62%)

Em relação à foto do perfil declarada observa-se que a maioria apresenta fotos pessoais (93,35%) ($p \leq 0,001$) (Tabela 2). Verifica-se, entre os membros de grupo de

automutilação, maior frequência de lugares não comuns em relação ao vínculo empregatício declarado (62,66%) (p≤0,001) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do perfil de membros de grupos de automutilação em Redes Sociais Virtuais.

Características		**F**	**%**	**χ^2**	**Pvalor**
Estado da Região Sudeste	Centro Oeste	9	2,62	1733,22	≤0,001
	Outros	15	4,37		
	Minas Gerais	26	7,93		
	São Paulo	169	51,52		
	Rio de Janeiro	64	19,51		
	Espírito Santo	2	0,61		
Cidade Brasileira	Sim	333	95,14	285,30	≤0,001
	Não	17	4,86		
Sexo	Feminino	257	70,60	61,81	≤0,001
	Masculino	107	29,40		
Status de Relacionamento	Solteiro	105	47,51	317,34	0,001
	Sério	71	32,13		
	Aberto	6	2,71		
	Casado	27	12,22		
	Separado	2	0,90		
	Noivo	7	3,17		
	Complicado	2	0,90		
	Divorciado	1	0,45		
Vínculo Estudantil	Escolar	199	67,92	86,09	≤0,001
	Universitário	52	17,75		
	Outros	42	14,33		
Vínculo Empregatício	Local Comum	59	37,34	10,78	≤0,001
	Outro	99	62,66		
Foto Perfil	Sim	337	93,35	569,82	≤0,001
	Não	24	6,65		

As informações declaradas nos perfis dos membros de grupo de automutilação em Rede Sociais Virtuais referem-se ao sexo (99,45%), status de relacionamento (60,38%), nacionalidade (95,36%), região do país (93,71%), estado (93,99%) e cidade brasileira (95,63%), vínculo estudantil (80,05%) e foto do perfil (98,63%) ($p \leq 0,001$). Por outro lado, a maioria dos membros não declara as informações referentes à idade (97,54%) e vínculo empregatício (56,83%) ($p \leq 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Informações declaradas e não declaradas nos perfis de membros de grupo de automutilação em Rede Sociais Virtuais.

Informações		**F**	**%**	**χ^2**	**pvalor**
Sexo	Declarado	364	99,45	358,04	≤0,001
	Não Declarado	2	0,55		
Idade	Declarado	9	2,46	330,88	≤0,001
	Não Declarado	357	97,54		
Status de Relacionamento	Declarado	221	60,38	15,78	≤0,001
	Não Declarado	145	39,62		
Nacionalidade	Declarado	349	95,36	301,15	≤0,001
	Não Declarado	17	4,64		
Região	Declarado	343	93,71	279,78	≤0,001
	Não Declarado	23	6,28		
Estado	Declarado	344	93,99	283,29	≤0,001
	Não Declarado	22	6,01		
Cidade	Declarado	350	95,63	304,79	≤0,001
	Não Declarado	16	4,37		
Vínculo Estudantil	Declarado	293	80,05	132,24	≤0,001
	Não Declarado	73	19,95		
Vínculo Empregatício	Declarado	158	43,17	6,83	≤0,001
	Não Declarado	208	56,83		
Foto Perfil	Declarado	361	98,63	346,27	≤0,001
	Não Declarado	5	1,37		

DISCUSSÃO

Atualmente a *internet* está entre as três principais mídias utilizadas no país e possui condição de exposição intensa, sendo que 76% das pessoas utilizam a *internet* todos os dias

da semana. Entre as redes sociais e programas mais utilizados nesse meio, o *Facebook* lidera o primeiro lugar de utilização com 83% da preferência nacional.[13] Em maio de 2013, a rede social *Facebook* contava com 1,1 bilhões de usuários ativos, sendo mais de 70 milhões de usuários brasileiros, evidenciando que o avanço dos *sites* de rede social é hoje uma realidade no país.[14]

A região Sudeste possui o maior percentual de utilização de *internet* do país, seguida das regiões Centro-Oeste e Sul, 57%, 54,3% e 53,5% respectivamente. Na média nacional, o sexo, não teve diferenças significativas, homem (49,3%) e mulher (49,5%). Entretanto, encontrou o uso mais frequente por mulheres nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Por outro lado, na região Sudeste, o público masculino (57,8%) registrou maior uso que o feminino (56,4%) (Tabela 1). No que concerne à faixa etária, observou-se que os grupos mais jovens possuem maiores percentuais de uso da *internet*. A faixa etária entre 15 - 17 anos de idade possuem maior proporção de uso, 75,7%, sendo 49,4% a média nacional.[15]

Em relação às informações declaradas nos perfis de membros do grupo de automutilação em Rede Social Virtual, a localização geográfica apresentou-se como especial particularidade (Tabela 1). De acordo com o último censo do IBGE (2010) a região Sudeste apresenta-se como a região mais populosa do Brasil com 70.190.565 habitantes e taxa de crescimento anual de 1,4. O estado de São Paulo conta com população estimada em 44.396.484 habitantes e a cidade de Carapicuíba, região metropolitana do estado, com 392.294 habitantes, sendo classificada como cidade de porte médio (100.001 - 500.000 mil habitantes).[16, 17] Estudo internacional mostra que as taxas de automutilação no sexo feminino e masculino foram 2,5 vezes e 2 vezes respectivamente mais elevadas na cidade de Dublin e outras regiões mais populosas se comparadas a regiões com menor densidade populacional. A cidade de Dublin apresenta 28% (1,19 milhão) da população da Irlanda, sendo de longe a mais populosa e urbanizada.[18]

No que se refere ao sexo, verifica-se predominância feminina no grupo de automutilação em Rede Social Virtual (Tabela 1) o que confirma com estudos internacionais, em que se evidencia o sexo feminino como prevalente em relação ao comportamento autolesivo deliberado.[19-22] O sexo feminino também foi mais propenso a ser registrado e participar ativamente de páginas em Redes Sociais Virtuais que abordava o comportamento autolesivo. A maioria dos indivíduos em web sites com conteúdo sobre automutilação era do sexo feminino (78,9%).[23-24] Em estudo realizado com 6.020 adolescentes de diferentes escolas da Inglaterra o comportamento autolesivo deliberado praticado no ano anterior apresentou-se mais comum no sexo feminino que no sexo masculino.[19] Estudo finlandês com adolescentes

escolares de 13-18 também confirma esta informação evidenciando que meninas apresentam escores mais elevados de comportamento autolesivo deliberado que os meninos.[21]

O comportamento autolesivo deliberado possui baixas taxas em meninos, pois geralmente os mesmos possuem certa relutância em procurar ajuda psicológica apresentando baixas taxas de diagnóstico e tratamento.[20] Os meninos possuem menos amigos íntimos e se sentem menos solitários se comparado às meninas. Entretanto, nota-se elevada taxa de comportamento autolesivo deliberado para meninas e elevada taxa de suicídio para meninos, o que pode ser fundamentado pelo padrão social existente em que meninas são ensinadas a serem mais gentis, carinhosas e estimuladas a expressarem suas emoções. Comportamento considerado inadequado para os meninos, educados a partir de um paradigma mais rigoroso.[22]

No que concerne à faixa etária, a maioria dos membros do grupo de automutilação em Rede Social Virtual, não declaram a idade no perfil (Tabela 1). O comportamento autolesivo deliberado pode ocorrer em qualquer idade. Entretanto foram encontradas elevadas taxas deste comportamento entre adolescentes e adultos jovens. Estudos internacionais mostram que as taxas de comportamento autolesivo deliberado aos 12 anos foram de 2,7% para as meninas e 3,1% para os meninos. Aos 15 anos, as taxas tinham subido para 12,6% para meninas e 4,6% para os meninos.[25, 26] Estudo mostra que a maioria dos participantes das "*message boards*" sobre automutilação possuía idade média de 18 anos; 80% dos membros se descreveram como sendo entre as idades de 14 e 20; 31% de todos os membros se descreveram como sendo 15 ou 16 anos. O que evidencia a participação de adolescentes nos grupos de automutilação em Rede Social Virtual.[23]

A idade mínima exigida para cadastro e utilização do *Facebook* é de 13 anos de idade. Neste sentido registra-se que as taxas de uso da *internet* para conexão são maiores nos adolescentes do que qualquer outro grupo etário sendo que mais de 80% dos jovens americanos de 12 a 17 anos de idade usam a *internet*, e quase metade estão *online* diariamente. Estudos sugerem que o uso da *internet* pode facilitar interações sociais, sendo mais fácil a comunicação entre pessoas desconhecidas, particularmente para adolescentes ao possibilitar a troca de informações sem necessidade de identidade real. Isso serve também como um recurso poderoso para os jovens que desejam obter informações sobre temas sensíveis, como as relações interpessoais e sexualidade.[23]

Outra importante característica das Redes Sociais Virtuais é a foto do perfil (Tabela 1) Estudo mostra que as fotos postadas no *Facebook* são de demasiada importância na interação entre os usuários. Dentre os participantes do grupo de automutilação na Rede Social Virtual, grande maioria expõe fotos pessoais, ou seja, é congruente com a identidade real do

participante. Ainda, evidenciou-se que a maioria das fotos pessoais condiz com participantes adolescentes. As fotos representam o usuário do perfil, tendo o papel comprobatório e de evidência sobre o usuário. Ainda, as fotos possuem função de "gerar impressões e induzir sentidos relativos às facetas de sua identidade". Tais sentidos são socialmente partilhados e tendem a seguir ideais socialmente estabelecidos na reciprocidade de ações e de atitudes.[27]

Em relação ao vínculo estudantil de membros participantes de grupo de automutilação em Rede Social Virtual, houve predominância do vínculo escolar (nível fundamental e médio) (Tabela 1) O que corrobora com diversos estudos que evidenciam que grande parte dos casos de automutilação está associada aos anos inicias de estudo e idade escolar entre 12-16 anos de idade.[25,21,28] O vínculo empregatício não foi declarado na maioria dos perfis dos membros de automutilação em Rede Social Virtual e ainda, a grande parte dos membros que declaram possuir tal vínculo declara locais de trabalho falaciosos, tais como "Ministério da Magia" (da saga Harry Potter), "Frases e Versos" "VASP (Vagabundos Anônimos Sustentados pelos Pais)", "*Tumblr*. (Tabela 2) Este dado pode afirmar a presença de membros adolescentes no grupo de automutilação em Rede Social Virtual.

O ciberespaço oportuniza a criação de identidades reais ou anônimas, neste sentido muitos dos perfis em Rede Social Virtual são utilizados para idealizar egos e tais características idealizadas não refletem as personalidades reais.[29, 30] Entretanto, tanto as imagens quanto os diálogos não precisam corresponder a uma identidade fixa. O espaço virtual oportuniza vivenciar informações que não se é ou que não teria coragem de expressar no mundo espaço social convencional ou territorial. Dessa forma, o anonimato proporcionado pela rede propicia o desenvolvimento do imaginário, característica comumente relacionada aos adolescentes. Contudo, mesmo com informações falaciosas, traços da personalidade do indivíduo não deixarão de transparecer.[29]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta características importantes do perfil dos participantes de um grupo de automutilação em Rede Social Virtual. Identifica-se maior frequência do sexo feminino, estudantes, status de relacionamento solteiro e residentes na região sudeste. Tais características evidenciam representações identitárias comumente relacionadas à adolescência, período de busca de referências para formação individual e social. Destaca-se a importância desse tipo de estudo uma vez que a definição de tais características auxilia na construção de medidas para prevenção da ocorrência de automutilação e no manejo pelos profissionais de casos de automutilação. Ressalta-se a importância de novos estudos sobre o

conteúdo dos grupos de automutilação em Rede Social Virtual a fim de identificar os fatores de risco e outras questões imbricadas na ocorrência do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1 Marteleto RM. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. Ci. Inf. 2001; 30 (1): 71-81.

2 Cruz RC. Redes sociais virtuais de informação sobre amor: Comportamento e cultura informacional de usuários do Orkut. [dissertação]. Belo horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação; 2011

3 Recuero R. Redes sociais na *internet*. Porto Alegre (RS): Sulina, 2009.

4 Haythornthwaite C. Social networks and *internet* Connectivity effects. Inform Commun Soc. 2005; 8 (2): 125–147.

5 Kirmayer LJ, Raikhel E, Rahimi S. Cultures of the *Internet*: Identity, community and mental health. Transcult Psychiatry. 2013; 50 (2) 165–191.

6 Dinamarco AV. 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] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Psicologia; 2011.

7 Baume P, Cantor CH, Rolfe A**.** Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the *Internet*. Crisis. 1997; 18 (2): 73-79.

8 Cedaro JJ, Nascimento JPG. Dor e Gozo**:** Relatos de mulheres jovens sobre automutilações**.** Psicol. USP. 2013; 24 (2): 203-223.

9 Gratz KL. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. J Psychopathol Behav Asses. 2001; 23 (4): 1-11.

10 Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo. [Dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria; 2012.

11 Wong PWC; et. al. Accessing Suicide-Related Information on the *Internet*: A Retrospective Observational Study of Search Behavior. J Med *Internet* Res. 2013 Jan; 15(1).

12 Recuero R. Curtir, compartilhar, comentar: trabalho de face, conversação e redes sociais no Facebook. Verso e Reverso. 2014; (68): 114-124.

13 Brasil. Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social; 2014.

14 Recuero R. Contribuições da Análise de Redes Sociais para o estudo das redes sociais na *Internet*: o caso da *hashtag* #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. Fronteiras – estudos midiáticos. 2014; 16(2): 60-77.

15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à *internet* e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2013**.** Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Brasília, DF: Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2015 [acesso 2015 nov 13]. Disponível em http://cod.ibge.gov.br/232IH

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados. Brasília, DF: Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2015 [acesso 2015 nov 13]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sp

18 Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ, Arensman E. Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. Int Psychogeriatr. 2010; 22(8), 1327–1336.

19 Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ 2002; 325:1207-11.

20 Mcmahona EM, Reulbach U, Keeley H, Perry IJ, Arensman E. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. Soc. Sci. Med 2010; 71:1300-1307

21 Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylma J, Tolmunen T, Hintikka J. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009; 44:23–28.

22 Ronka, Taanila A, Koiranen M, Sunnari V, Rautio A. Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. Int J Circumpolar Health 2013; 72: 21085

23 Whitlock JL, Powers JL, Eckenrode J. The Virtual Cutting Edge: The *Internet* and Adolescent Self-Injury. J Appl Dev Psychol. 2006; 42(3): 407–417.

24 Lewis SP, Baker TG. The Possible Risks of Self-Injury Web Sites: A Content Analysis. Arch Suicide Res. 2011; 15: 390–396.

25 Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res. 2009; 66: 477–493.

26 Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, et al. Childhood predictors of male criminality: A prospective population-based followup study from age 8 to late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006; 45: 578-586.

27 Rosa GAM, Facebook: negociação de identidades, medo de expor e subjetividade. [Dissertação] Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia; 2012.

28 Stallard P, Spears M, Montgomery AA, Phillips R, Sayal K. Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. BMC Psychiatry 2013; 13:328.

29 Baldanza R.F. A comunicação no ciberespaço: reflexões sobre a relação do corpo na Interação e Sociabilidade em Espaço Virtual. In: Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, 2006 1-15; Rio de Janeiro, Brasil Rio de Janeiro (RJ): Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.

30 Back MD, Stopfer JM, Vazire S, Gaddis S, Schmukle SC, Egloff B, Gosling SD. Facebook Profiles Reflect Actual Personality, Not Self-Idealization. Psychol. Sci. 2009; 21(3): 372–374

6.3 ESTUDO QUALITATIVO

6.3.1. **Uma investigação sobre automutilação em um grupo da rede social virtual *Facebook***

SILVA, Aline Conceição; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann.
Mestranda do Programa do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) Email: csilvaaline@hotmail.com
Professora Drª da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) Email: nadjaclb@terra.com.br

RESUMO
O objetivo do estudo foi identificar a composição e estrutura de um grupo de automutilação em rede social virtual a fim de compreender o fenômeno no contexto brasileiro. Realizada pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória fundamentada pela análise de conteúdo de Bardin. O cenário do estudo foi o site *Facebook* com análise de 103 postagens textuais e imagéticas no período de 2014-2015. Encontraram-se como resultado do estudo as categorias composição e estrutura do grupo de automutilação no *Facebook.* Respectivamente as categorias abordam características identitárias que permeiam os participantes do grupo e contexto da prática de automutilação e atitudes de engajamento ao grupo. Evidenciou características identitárias e estruturais que operacionalizam a funcionalidade de um grupo de automutilação em redes sociais virtuais.
Descritores: Automutilação; Adolescência; *Internet*.

ABSTRACT
The aim of the study was to identify the composition and structure of a group of self - mutilation in virtual social network in order to understand the phenomenon in the Brazilian context. Conducted qualitative, descriptive and exploratory research based on Bardin content analysis. The scenario of the study was the Facebook site with analysis of 103 textual and imagery posts in the period 2014-2015. The composition and structure categories of the self-mutilation group on Facebook were found as a result of the study. Respectively, the categories address identity characteristics that permeate group participants and the context of the practice of self-mutilation and attitudes of engagement to the group. It has demonstrated identity and structural characteristics that operationalize the functionality of a self-mutilation group in virtual social networks.
Keywords: Self-mutilation; Adolescence; *Internet.*

RESUMEN
El objetivo del estudio fue identificar la composición y estructura de un grupo de auto-mutilación en la red social con el fin de comprender el fenómeno en el contexto brasileño. Una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria fundada por el análisis de contenido de Bardin. El ámbito del estudio fue el sitio de Facebook con el análisis de 103 mensajes textuales y imaginistas en el período 2014-2015. Se conocieron como resultado de la composición de las categorías de estudio y estructura del grupo de auto-mutilación en Facebook. Respectivamente categorías abordan las características de identidad que impregnan los participantes del grupo y el contexto de la práctica de la auto-mutilación y de compromiso de las actitudes hacia el grupo. Mostró la identidad y las características estructurales que hacen operativo el funcionamiento de un grupo de auto-mutilación en las redes sociales virtuales.

Palabras clave: La automutilación; Adolescencia; Internet.

INTRODUÇÃO

Automutilação é definida como comportamento intencional de destruição ao próprio corpo e sem intenção suicida [(1)]. A adolescência é o período predominante para o comportamento [(2)], sendo mais frequente em menina que meninos, 17% e 7,9%, respectivamente [(3)]. Estima-se que a prevalência de automutilação no Reino Unido situa-se entre 4,6% e 6,6% [(3)]. No Brasil ainda não existem estudos que quantifiquem a prevalência deste tipo de comportamento. Entretanto evidencia-se o comportamento autolesivo como um fenômeno oculto, ou seja, o número de casos de automutilação que comparece aos serviços de saúde é muito pequeno perto dos casos sem tratamento na comunidade [(4)].

A *Internet* possui impacto potencial no desenvolvimento de comportamento autolesivo e suicídio, neste contexto, apresenta-se como grave problema de saúde pública, entretanto também pode operar como estratégia contemporânea de prevenção. Atualmente a *Internet* faz parte do cotidiano de milhares de pessoas em todo o mundo, com características como atemporalidade e extraterritorialidade vêm ganhando cada vez mais adeptos. No Brasil cerca de 76% das pessoas acessam a *Internet* todos os dias com exposição média diária de 4h59 de segunda a sexta [(5)]. No Reino Unido, mais de 80% dos domicílios tem acesso à *Internet* [(6)]. No mundo, mais de 700 milhões de pessoas possuem perfis *online* em Redes Sociais Virtuais, tornando-se um meio moderno e primário de interação social [(7)].

É notório que a *Internet* atua como um importante recurso de conectividade entre os indivíduos, principalmente indivíduos que se sentem isolados. Estudos apontam que a *Internet* intervém sobre indivíduos vulneráveis de duas formas principais: como espaço de apoio mútuo, com troca de experiências e suporte emocional, diminuindo sentimentos de solidão e isolamento, ou como espaço nocivo com troca de informações anônimas ou com gatilhos para comportamentos de risco [(8)].

A propagação e alcance da *Internet* tem chamado a atenção do público em geral, especialmente pais de crianças e adolescentes, além de profissionais da área da saúde e dos governos em relação ao problema do suicídio e da automutilação [(9)]. Estudo realizado na Itália mostra grande interesse na busca sobre automutilação na *internet*, principalmente com os termos "autolesão e corte" seguido de "autolesão e filho" "autolesão e fóruns" e "autolesão e causas e razões" [(10)]. Estudo irlandês realizado com 3500 escolares aponta que 18% que haviam se auto lesionado indicaram a influência da *internet* na sua decisão de envolver-se com a automutilação [(11)]. A *internet* tem levado a criação de novos espaços virtual e social na vida das pessoas, oferecendo-as novas perspectivas na vivência de conhecimentos bons e ruins [(12)]. Sabe-se que da inovação de uma nova tipologia de comunicação social através da publicação de imagens e elementos textuais no ambiente online. Mas apesar de sua grande publicidade, ainda pouco se tem estudado sobre sua influencia na vida do ser humano [(13)] . A fim de estudar o comportamento da automutilação no contexto brasileiro foi realizada uma investigação objetivando identificar a composição e estrutura de um grupo de automutilação da Rede Social Virtual.

METODOLOGIA

O estudo teve uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, fundamentada pelo referencial teórico da análise de conteúdo de Bardin [(14)]. De acordo com este referencial a análise das comunicações permite a "inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens" [(14)]. Buscou-se por intermédio dessa pesquisa, apresentar os significados manifestados nas mensagens das postagens e comentários de um grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook*

A pesquisa foi realizada num grupo sobre automutilação encontrado a partir da barra de busca da Rede Social Virtual *Facebook*. O grupo foi escolhido por possuir como objetivo ajudar os praticantes de automutilação na troca de informações, funcionar como grupo de

apoio para pessoas vulneráveis ao comportamento autolesivo e ter grande número de participantes (7.471 participantes). Os dados foram coletados de março a abril de 2016, após a aprovação do projeto dessa pesquisa pelo pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei, com parecer número 975.511, em 19 de março de 2015.

A coleta dos dados foi realizada no grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook* no por meio das postagens com mais de 10 comentários e comentários dos mesmos publicados no grupo no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Eles foram identificados atribuindo-se a letra P para as postagens e a letra C para os comentários.

Os dados foram analisados segundo a proposta operativa de Bardin [(14)], a qual recomenda uma pré-análise a partir da leitura flutuante do material coletado, definição das unidades de registro e significação com a construção das categorias de análise e posteriormente inferência e interpretação dos resultados à luz do referencial teórico.

Como o objetivo do estudo refere-se identificar a composição e estrutura do grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook* foi utilizado para análise das postagens e comentários um roteiro norteador contendo três questões: 1 - Quem são os participantes do grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook?;* 2- Como o grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook* encontra-se estruturado?

RESULTADOS

A partir da análise dos depoimentos e comentários publicados no grupo virtual de automutilação emergiram duas categorias: composição e estrutura do grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook.*

Composição do grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook.*

O conteúdo dessa categoria refere-se à composição de características identitárias que permeiam os participantes do grupo e que se apresentam como: identificação relacionada com

a faixa etária, sintomas contemporâneos, ídolo juvenil e com o tipo de comportamento específico de automutilação. Os depoimentos e comentários dos participantes do grupo revelam participantes jovens e a iniciação da prática da automutilação na adolescência:

Comecei com 15 anos (tenho 17)... (C2028)

Tenho 15 anos e comecei aos meus 11 anos.... (C2033)

Eu acho que sou a mais nova do grupo Emoticon frown (carinha triste) eu tenho 11 anos (C2034)

Tenho 17, comecei aos 13 (C2036)

Tenho 19, me corto desde qu tinha 10 anos (C2037)

Eu tenho 14 anos e comecei com 11 anos :"/ (C2043)

Tenho 13 e comecei esse ano ah uns 7 meses atrás (C2056)

Observa-se a associação do comportamento de se automutilar com sintomas contemporâneos dos transtornos alimentares pelos depoimentos e comentários pró-anorexia e bulimia. *Alguém aqui e pró-ana?* (P11)

Gente serio mesmo eu sou A&M (C1012)

Alguém aqui pratica ana e mia? (P65)

Eu tenho um grupo no whats pra ana e mia Se alguém quiser entrar me manda o número inbox (C2166)

Minhas rainhas ana e mia (C2165)

Eu sou Mia e pró-ana (C151)

De acordo com os depoimentos e comentários dos participantes observa-se identificação do grupo com a cantora e compositora norte-americana Demi Lovato que apresenta história de automutilação e transtornos alimentares. Os participantes do grupo de automutilação se identificam como *Lovatics* e referenciam a expressão *Stay Strong*, termo tatuado pela cantora em seus pulsos para representar o apoio dos fãs durante o tratamento da automutilação. Importante frisar que após o tratamento a cantora dedicou-se a ofertar mensagens de apoio aos fãs que sofrem com o comportamento autolesivo.

Vc também é lovatic? E foca nisso, você é como a Demi pode vencer!!! Você já é forte de aguentar 3 meses. Continue assim! Não desista! Estamos torcendo por você!!! (C214)

Eu fiquei 1 mês sem cortes e ontem me cortei achando q tbm eu ia melhorar. Mas isso n vai me fazer desistir, Nós merecemos ser felizes! Stay Strong. (C104)

Identifica-se no grupo a presença de automutilação grave como vários pequenos cortes ou queimaduras na pele:

Com o que vocês se cortam? Eu me corto com as lâminas da gillete mas não são tão fundos, queria que fossem (P52)

Me cortava com a tesoura, e lâminas de apontador... ficaram beeem fundos (C1010)

Eu me cortava com filete tesouras e me queimava mas consegui sair, igual VC um dia vai (C1011)

Sei que esse não é o tipo de conselho que eu deveria das, MAS eu usava a lamina da gilete mesmo, quem determina a profundidade ou a marca que vai ficar é você mesma. As minhas estão aqui a anos (C1023)

Tem pessoas q não se controlam, pra não usar moletom, cortava as coxas e barriga... os pulsos eu cobria com pulseiras, quem se automutila, possui essa necessidade (C965)

Não queria cortes fundos, eu sei que é isso e pode ter certeza não é legal... Todos olham, reparam perguntam e da um constrangimento danado. Se vc tem cortes fundos é o que mais vai chamar atenção, vão achar que vc é louca porque ninguém entende seus motivos na verdade... E pior o maior julgamento é da sua própria família (C1026)

Estrutura do grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook*.

Esta categoria apresenta as estruturações realizadas pelos próprios participantes do grupo de automutilação em rede social virtual para operacionalizar a funcionalidade do grupo. Assim, compreende como estruturas do grupo online os significados e as motivações para a prática da automutilação evidenciando o contexto da prática da automutilação entre os participantes do grupo e atitudes acolhedoras e de compreensão contribuindo no engajamento de participantes ao grupo.

Entre os significados da prática de automutilação encontra-se a expressão de um sofrimento e manifestação patológica com característica de comportamento dependente.

A automutilação é uma doença! Precisa de cuidados. A automutilação não é legal, não é normal, e não tem a menor graça! Nunca me orgulhri dos meus cortes! Nunca gostei de me cortar! (C740)

E cada dia piora o vicio (C2029)

Se cortar uma única vez?? A maioria dos vícios começa com a pessoa experimentando (C652)

Não estamos falando de um cortinho estamos falando de pessoas que se mutilam e isso é grave (C739)

Pensei que voltando para as lâminas as coisas iam mudar, os sentimentos iam sumir, mas tudo ficou do mesmo jeito, os cortes em meus pulsos doem (P07)

Corte pra mim, é sofrimento! Affff (C1618)

Só a lâmina realmente me entende! E eu pensei... Por alguns dias, que estava curado! Mas com o tempo tudo volta, aí o tempo fica turvo e a única coisa que se enxerga é a lâmina :/ :/ :/ (P96)

Eu me cortei durante 3 anos... Eu queria parar, mas acabava sendo "automático".. às vezes, eu me cortava pq alguém falava um pouco mais alto comigo. Não me cortava pq eu queria, e sim pq eu estava sensível. Eu queria parar, mas não tinha quem me ajudasse. Sim! O [grupo] fez um papel muito importante nessa minha recuperação (C572)

Tanto tempo sem se cortar... mais tive uma recaída a alguns dias, infelizmente! Emoticon unsure (carinha insegura) (P89)

A categoria motivações para a prática da automutilação apresenta as causas apresentadas pelos participantes do grupo do *Facebook*. Neste sentido observa-se que as causas têm relação com a fuga de problemas; psicopatologias, busca de atenção; desamparo; falta ausência ou omissão dos pais e sensação provocada pelo próprio ato:

O meu primeiro corte foi com 9, mas eu n fiz mais. Ai começaram aparecer muitos problemas na minha vida que eu fui fazendo mais, mais, mais e mais (C2053)

Eu estava a um ano tão feliz com toda essa mudança e tudo voltou outra vez, a angústia, tristeza, as vezes me sinto abandonada... (P89)

Nem eu sei como lidar com isso... eu tenho muitos pesadelos com violência sexual... Sinto nojo do meu corpo... as vezes não suporto me tocar... me olhar... e difícil... (C472)

Acabei de ser traída enquanto estava em um relacionamento sério (P61)

É complicado. As vzs eu faço de raiva, frustações cotidianas e depressão... (C2050)

Eu me cortava pq eu realmente tinha motivos eu me cortava pq eu sou bipolar eu tinha depressão e outras coisas mais. (C659)

Muitas vezes os filhos só querem ser melhores para os pais só querem que os pais tenham orgulho deles.... Se tivéssemos mais pais presentes muitas pessoas não começariam a se cortar eu tenho certeza (C1909)

Comecei a me cortar depois q meu pai morreu a 3 anos e meio, e eu queria realmente morrer, nunca quiz tanto pois quando meu velho morreu eu estava brigada com ele pelo fato dele usar drogas nunca estar em casa e não se importar comigo. Quando soube que ele foi assassinado na cadeia eu quiz ser ele. Porque ele teve que morrer? (P88)

A subcategoria de atitudes acolhedoras e de compreensão é evidenciada em muitos comentários e demonstra aspectos de inclusão e engajamento no grupo de automutilação em redes sociais virtuais:

Nesse grupo, tem pessoas maravilhosas... Que realmente querem ajudar. Não estou falando isso pra puxar saco de ninguém não... Estou falando pq eu sei que são, pois quando precisei, elas me ajudaram de verdade. Não custa nada chamar uma de nós pra conversar (C585)

Quantas vezes eu conversei com alguém que evitou que eu me cortasse... (C587)

Aqui vc pode ajudar ou ser ajudada caso precise de ajuda... Emoticon grin (carinha sorrindo), estamos aqui para o q precisar (C1578)

Eu me cortava passei dois anos me cortando faz duas semanas que não me corto e estou aqui pra ajudar que precisa (C1581)

Mas o grupo não eh pra quem gosta de se cortar e sim pra qm quer parar se de se machucar (C1621)

Entretanto os depoimentos e comentários dos participantes apresentam divergências quanto às regras e entendimento do que é fator protetivo e de risco para automutilação. Identifica-se a preocupação entre os participantes quanto à publicação de fotos de cortes como fator de risco para o comportamento de se automutilar:

Este é um grupo que foi criado com o propósito de ajudar-nos uns aos outros a superar o problema que é a automutilação. Está explícito que a maioria aqui não se sente bem, então acho desnecessário postar fotos que muitas vezes atrapalham o processo de recuperação e superação de outra pessoa. Está se sentindo mal? Conte-nos a sua história e tentaremos de coração ajudar, apenas isso basta. (C581)

Não é egoísmo, porque não postam foto pensando "a vou postar pra outra pessoa ver e se cortar", mas porque querem ajuda, só que as vezes afeta alguém, acredito que a maioria das pessoas que postam foto aqui é para pedir ajuda... nem sempre tem coragem de chamar alguém assim do nada e falar o que esta acontecendo" (C586)

Nossa, o grupo é pra ajuda e o maior foco é a Automutilação. Se as pessoas postam fotos dos cortes aqui é porque sabem que aqui encontraram a melhor ajuda, e não julgamento. Postam para ver se alguém se importa de verdade e assim oferece ajuda, não querem alguém que sintam a obrigação de ajudar, e sim alguém que ofereça essa ajuda por livre e espontânea vontade, assim, sentem que alguém realmente se importa (C777)

DISCUSSÃO

A adolescência é um período de maturação que sofre influências sociais, culturais e ambientais com exposição a diferentes situações de vulnerabilidade à sua saúde [(15)]. Nesta etapa do ciclo vital a afiliação a grupos sociais encontra-se associada a níveis mais baixos de vulnerabilidades e comportamentos autodestrutivos [(16)]. O comportamento autolesivo pode acontecer em qualquer etapa do ciclo vital, entretanto, estudos apontam a adolescência como período predominante para o comportamento [(2)]. O comportamento autolesivo inicia-se geralmente aos 13, 14 anos, podendo perdurar por 10 a 15 anos, ou mesmo por décadas e comumente, encontra-se associado ao mecanismo de enfrentamento mal adaptado característico da adolescência [(17)].

Os transtornos alimentares configuram-se como sintomas contemporâneos associados a representações e significados que fornecemos a ingesta do alimento agregado aos valores e padrões impostos pela sociedade atual [(18)]. Os transtornos alimentares (anorexia e bulimia) estão associados a graves distúrbios de saúde, entre eles a automutilação, refletindo dificuldades mais amplas nos mecanismos eficazes de enfrentamento [(19)].

O comportamento autolesivo latente prediz significativamente a aversão ao tamanho do corpo indicando que pessoas com história de automutilação são menos sensíveis ao tratamento. Ainda o comportamento autolesivo é importante fator prognóstico para os transtornos alimentares em função de sua associação com experiências de efeito negativo e sintomas de ansiedade e depressão que por sua vez favorecem a insatisfação corporal após o tratamento dos transtornos alimentares [(19)].

No estudo [18] sobre transtornos alimentares e comunidades virtuais, as autoras encontraram dados que corroboram com os achados do presente estudo: comunicação própria, por exemplo, ana (anorexia), mia (bulimia), identificação com pares, sensação de pertencimento, identificação e influência de ídolos (atrizes, cantoras, modelos) presença característica em comunidades virtuais pró ana e mia e que servem de estímulo para esse comportamento.

A adolescência contemporânea é marcada pela "solidão afetiva", com a ausência dos pais e a introdução de cuidadores pagos, associados a computadores, televisores e vídeo games de última geração [20]. Dessa forma as referências desses adolescentes não são mais os pais ou outros cuidadores familiares, mas sim personalidades impessoais de telenovelas, filmes, ícones da música, moda e esportistas que serão os modelos identificatórios e que servirão de "eixo valorativo para a construção do estilo de vida" dos adolescentes [20].

O seguimento de pessoas que exercem influência entre adolescentes expandiu enormemente depois do advento das mídias de comunicação em massa [21]. O estudo [22] com adultos jovens evidencia que 75% destes relataram forte atração por uma celebridade em algum momento de suas vidas, principalmente músicos ou astros do cinema. Ainda, que 59% dos entrevistados sentiram-se influenciados por seus ídolos em algum aspecto de suas crenças ou atitudes. Neste aspecto entende-se que adolescentes são influenciáveis a comportamentos de celebridades que podem tornar-se referências para o início e perpetuação de atos que coincidam com a realidade vivenciada pelos mesmos [23].

Encontra-se como característica identitária dos participantes do grupo o tipo específico do comportamento de se automutilar relacionado com particularidades do auto corte. Segundo a Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation-FASM) traduzida e adaptada para o português permite caracterizar a gravidade da lesão [1].

A adesão em grupos sociais é uma característica fundamental da existência humana [24] que em geral envolve atividades relacionadas a sentimentos de interação, pertença, filiação e conexão entre os participantes. Tais sentimentos são entendidos como positivos para a identificação social e importante característica da adolescência [16].

Destacam-se três características importantes ao engajamento em grupos sociais relacionados à identidade social: os participantes de grupos tendem a cooperar e ajudar outras pessoas com as quais se identificam; são susceptíveis a receber tais benefícios de outros membros; e identificação com grupos sociais (família, escola, amigos) relaciona-se a laços de apoio e, portanto, com níveis elevados de bem-estar psicológico e baixos de sintomas psiquiátricos auto relatados [16].

Atualmente, os grupos sociais se expandem cotidianamente através da *Internet*, na qual pessoas com ensejos, sofrimentos ou outras peculiaridades similares podem trocar informações e se aconselharem sem adscrição de localidade ou temporalidade. Dessa forma os benefícios da inserção em grupos sociais estendem-se também para os grupos sociais *online (ou virtuais)* caracterizados pelos depoimentos nas postagens do grupo de automutilação em Rede Social Virtual.

A partir do pressuposto de comportamento dependente [25], compreende-se os conceitos de recaída e lapso. Entende-se recaída como um retorno à mesma intensidade do comportamento dependente, por exemplo, uma série de automutilações, enquanto que um lapso pode ser descrito como o corte inicial depois de um período sem o ato ou um evento discreto, diferente da recaída, que envolve neste exemplo a série de automutilações continuadas depois deste deslize inicial.

Importante frisar que a exposição a conteúdos sobre automutilação pode envolver contágio social, sendo um gatilho para este tipo de comportamento. O contágio social pode ser *off-line* ou *online*, no último caso ainda se tem a criação de perfis anônimos e a exposição

a grande quantidade de perfis e troca de informações. A natureza visual deste tipo de comportamento é de fácil acesso e altamente disponível, podendo ser potencialmente imitado [(23) (26)].

Entre os motivos para o comportamento autolesivo seria requerer ajuda ou suporte além de exercer influência interpessoal [(27)]. Um dos pontos cruciais ao se participar de grupos sociais virtuais é a busca de auxílio por identificação com pessoas que estão na mesma situação, assim, se os participantes envolvidos em tais grupos têm boas intenções ou resposta terapêutica ao sofrimento pode-se creditar que o apoio social terá efeito positivo sobre o comportamento [(26) (2)].

Entre os significados da prática de automutilação encontra-se a expressão de um sofrimento e manifestação patológica com característica de comportamento dependente. Os comportamentos dependentes são transtornos complexos que se multiplicam a partir de predisposição genética, processos socioculturais, vulnerabilidades psicológicas, expectativas cognitivas positivas sobre os efeitos e consequências do consumo de álcool e outras drogas (bem como de outros comportamentos), traços de personalidade e temperamento, ausência de um repertório de habilidades de enfrentamento adequadas e baixa autoeficácia [(25)].

A automutilação entre adolescentes ingleses encontra-se como uma das principais causas de internação hospitalar caracterizando grave problema social e de saúde pública [(28)]. Muitos dos adolescentes que praticam a automutilação não chegam aos serviços de saúde, sendo que apenas 12% dos jovens com 16 anos com automutilação procuraram o serviço de saúde [(29)].

Em revisão bibliográfica [(30)] apontou-se como principais causas do comportamento autolesivo o gerenciamento de angústia ou regulação de afeto para obter alívio de sentimentos como dor emocional, apagar estados cognitivos ou se acalmar; exercer influência interpessoal para mudar situações, requerer ajuda e amor ou para mostrar extensão da dor física; a punição

relacionada a sentimentos bons; induzir estado dissociativo para não sentir nada ou sentir-se "dormente"; buscar sensações como excitação ou euforia relacionada a descarga de adrenalina produzida pelo corte; lidar com o risco de suicídio; manter ou explorar fronteiras a partir da criação de limites simbólicos entre o indivíduo e os outros; e expressar ou lidar com a própria sexualidade. Importante ressaltar que gerenciamento de angústia ou regulação de afeto foi o motivo preponderante na maioria dos estudos encontrados na revisão bibliográfica [30].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar a composição e estrutura do grupo de automutilação da rede social virtual *Facebook* a partir da identificação de suas características para operacionalização do grupo.

Encontrado entre os participantes do grupo de automutilação da Rede Social Virtual *Facebook* características identitárias de usuários adolescentes, faixa etária predominante para o comportamento autolesivo e que possui maior uso da *Internet*. O grupo de automutilação encontra-se estruturado como grupo da Rede Social Virtual *Facebook* que oferece apoio e compreensão a partir da cooperação, identificação e apoio mútuo entre os participantes contribuindo na prevenção do comportamento de automutilação, porém encontrado também aspectos que evidenciam a vulnerabilidade desses adolescentes, como os transtornos alimentares, a prática de automutilação e isolamento social; bem como aspectos que fornecem vulnerabilidade, como influência por ídolos ou pelos pares, efeito contágio e gatilho, causados por fotos e/ou postagens.

A categoria estrutura do grupo de automutilação apresenta o contexto da prática da automutilação identificando os significados e as motivações para a prática da automutilação entre os participantes do grupo do *Facebook*. Os integrantes reconhecem a automutilação como patologia e o sofrimento que a mesma causa.

Em relação às limitações do estudo coloca-se a análise de postagens aleatórias, ou seja, a análise das postagens não teve associação com o participante que postou, sendo interessante acompanhar os depoimentos a partir do indivíduo e analisar as nuances das postagens que um mesmo participante pode postar. Compreende-se a necessidade de estudos que aprofundem e esclareçam a dinamicidade e funcionalidade dos conteúdos de grupos de automutilação em rede social virtual para melhor compreensão do fenômeno e concepção de práticas de prevenção e manejo do comportamento autolesivo.

Sugere-se estudos em diferentes contextos de vida dos adolescentes como comunidade, escola e serviço de saúde a fim de elaborar uma melhor compreensão do fenômeno e de diversas perspectivas.

REFERÊNCIAS

1 Giusti JS. Automutilação*:* características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo. (Tese de Doutorado) São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

2 Mars B, Heron J, Biddle L, Donovan JL, Holley R, Piper M, 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. J Affect Disord. 2015; (185): 239–245.

3 Nicholson S, Jenkins R, Meltzer H. Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007. Results of a household survey. 2007. [publicação online]; 2009 [acesso em 01 ago 2016]. Disponível em: http://www.hscic.gov.uk/pubs/psychiatricmorbidity07

4 Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012; (379): 2373–82.

5 Secretaria de Comunicação Social. Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília: Secom; 2014.

6 Office for National Statistics. Internet Access - Households and Individuals, 2012. Great Britain: 2012 [acesso em 25 jul de 2016] Disponível em http://www.ons.gov.uk/ons/rel/rdit2/Internet-access---households-and-individuals/2012/stb-Internet-access--households-and-individuals--2012.html

7 ComScore. (2008) Social networking explodes worldwide as sitesincrease their focus on cultural relevance. [publicação online]; 2008 [acesso em 25 jul de 2016] Disponível em http://www.comscore.com/press/release.asp?press=2396

8 Baker TG, Lewis SP. Responses to online photographs of non-suicidal selfinjury: a thematic analysis. Arch Suicide Res. 2013; (17): 223–235.

9 Wong PWC, Wa-Fu K, Yau RSP, Ma HHM, Law YW, Chang SS, et. al. Accessing Suicide-Related Information on the Internet: A Retrospective Observational Study of Search Behavior. J Med Internet Res. 2013; 15(1): e3.

10 Bragazzi NL. A Google Trends-based approach for monitoring NSSI. ***Psychol Res Behav Manag***. 2014; 7(30): 1–8.

11 O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Adolescent self-harm: a school based study in Northern Ireland. *J. Affect. Disord*; 2014; 159: 46–52.

12 Kirmayer LJ, Raikhel E, Rahimi S. Cultures of the Internet: Identity, community and mental health. *Transcult. Psychiatry*. 2013;, 50(2): 165–91.

13 Baume P, Cantor CH, Rolfe A**.** Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet. Crisis. 1997; 18 (2): 73-79.

14 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

15 Reis DC, Almeida TAC, Miranda MM, Alves RH, Madeira AMF. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(2): 1-9.

16 Miller K, Wakefield JRH, Sani F. Identification with social groups is associated with mental health in adolescents: Evidence from a Scottish community sample. Psychiatry Res. 2015; (228): 340–346.

17 Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. J Nerv Ment Dis. 1998; 186(5):259-68.

18 Ramos JS, Neto AFP, Bagrichevsky M. Cultura Identitária pró-anorexia: características de um estilo de vida em uma comunidade virtual. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2011; (15): 447-60.

19 Olatunji BO, Cox R, Ebesutani C, Wall D. Self-harm history predicts resistance to inpatient treatment of body shape aversion in women with eating disorders: The role of negative affect. Psychiatry Res. 2015; (65): 37-46.

20 Oliveira AM, Machado M. A adolescência e a espetacularização da vida. Psicol. Soc. 2015; 27(3): 529-536.

21 Giles DC, Maltby J. The role of media figures in adolescent development: relations between autonomy, attachment, and interest in celebrities. Pers. Individ. Dif. 2004; (36): 813–822.

22 Boon SD, Lomore CD. Admirer-celebrity relationships among young adults: explaining perceptions of celebrity influence on identity. Hum Commun Res. 2001; (27): 432–465.

23 Moreno MA, Ton A, Selkie E, Evans Y. Secret Society 123: Understanding the Language of Self-Harm on Instagram. J. Adolescent Health. 2016; (58): 78-84.

24 Tomasello M. The ultra-social animal.Eur J Soc Psychol. 2014; (44): 187–194.

25 Donovan DM, Marlatt GA. Avaliação dos comportamentos dependentes. São Paulo: Roca; 2009.

26 Mitchell KJ, Wells M, Priebe G, Ybarra ML. 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. J. Adolescence. 2014; (37): 1335-1344.

27 Boyce N. Pilots of the future: suicide prevention and the internet. Lancet. 2010; (376): 1889–1890.

28 O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. J Affect Disord. 2014; (159): 46–52.

29 Kidger J, Heron J, Leon DA, Tilling K, Lewis G, Gunnell D. Self-reported school experience as a predictor of self-harm during adolescence: A prospective cohort study in the South West of England (ALSPAC). J Affect Disord. 2015; (173): 163–169.

30 Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. J Affect Disord. 2016; (191): 109–117.

6.4 ESTUDO QUALITATIVO

6.4.1 Processo do comportamento autolesivo não suicida em redes sociais virtuais

Silva, Aline Conceição
Enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ. E-mail: csilvaaline@hotmail.com
Botti, Nadja Cristiane Lappann
Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ.

RESUMO
Introdução: O interesse pela autolesão não suicida vem crescendo desde os últimos 30 anos, na *internet* encontram-se páginas sobre o tema com números expressivos de usuários. Pesquisas alertam sobre o efeito contágio da *internet* sobre usuários, entretanto ainda pouco se tem estudado sua influência entre os jovens brasileiros. Objetivo: identificar a dinâmica de um grupo de automutilação em rede social virtual (RSV). Método: pesquisa qualitativa, retrospectiva, apoiada no referencial teórico de análise de conteúdo de Bardin. Coletadas postagens com mais de 10 comentários e imagens no período de 2014-2015. Resultados: após leitura exaustiva, foram elencadas categorias de análise relacionadas ao processo da auto lesão, suas vulnerabilidades a aproximação com modelo teórico de Marlatt. Conclusões: Identificou-se a dinâmica dos participantes de um grupo de autolesão em RSV. Tal achado se mostra importante para a compreensão do fenômeno, auxílio no manejo clínico e oportuniza informações para criação de medidas de prevenção da autolesão.
Palavras-chave: Automutilação, *Internet*, Adolescência.

ABSTRACT
Introduction: The interest in non-suicidal self-injury has been growing since the last 30 years, the *internet* are pages on the subject with significant numbers of users. Research warn about the contagion effect on *internet* users, though still little has been studied its influence among Brazilian youth. Objective: To identify the dynamics of a self-mutilation group on social networking site (RSV). Method: Qualitative research, retrospective, based on the theoretical framework of Bardin content analysis. Collected posts with more than 10 comments and images in the 2014-2015 period. Results: After exhaustive reading, were listed categories of analysis related to self injury process, their vulnerabilities approach with theoretical model of Marlatt. Conclusions: We identified the dynamics of the participants in the self-injury group in RSV. This finding proves important for understanding the phenomenon, aid in the clinical management and information gives opportunity to create self-injury prevention measures.
Key words: Self-mutilation, *Internet*, Adolescence.

INTRODUÇÃO

A autolesão não suicida é considerada qualquer lesão intencional, sem intenção consciente de suicídio e não aceita socialmente nem mesmo para exibição (Giusti, 2013). Acontece em todas as faixas etárias, sendo predominante na adolescência, tendo início aos 12-13 anos de idade e podendo perdurar por décadas (Fisher *et* al., 2012) (Stallard, Spears, Montgomery, Phillips, Sayal, 2013) A adolescência é um período de grandes transformações físicas, mentais e sociais que se não manejadas corretamente podem causar grande nível de sobrecarga. Ainda, os jovens são fortemente vulneráveis a autolesão não suicida, pois possuem sistema de enfrentamento ineficaz ou em ajustamento, ou seja, determinadas situações causam forte impacto emocional e dessa forma, o adolescente pode não conseguir lidar com as mesmas encontrando uma saída ou refúgio no comportamento autolesivo não suicida (Giusti, 2013).

Depois de interesse de longa data em incluir o comportamento autolesivo no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a atual versão do DSM aborda o comportamento autolesivo como um transtorno mental caracterizando avanços na avaliação da autolesão. De acordo com Associação Americana de Psiquiatria (2014) o comportamento autolesivo não suicida ocorre de forma frequente e pode estar associado a um senso de urgência e fissura, com o padrão comportamental resultante lembrando a adição. A característica diagnóstica essencial é o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. (Associação Americana de Psiquiatria, 2014)

De acordo com Giusti (2013) o interesse pela autolesão não suicida vem crescendo nos últimos 20-30 anos. Neste sentido, no Brasil, identifica-se aumento de procura de atendimento nos serviços de saúde como evidência da temática em noticiários, reportagens e principalmente na *internet* (Giusti, 2013). No período de 2012-2014 o número de páginas sobre autolesão não suicida na rede social virtual *Facebook* aumentou cerca de 12 vezes. Tem-se importante preocupação com a exposição a esse tipo de conteúdo de risco, principalmente pelo efeito contágio que pode produzir entre os jovens (Moreno, Ton, Selkie & Evans, 2015). Além disso, não se tem controle do tipo de informação exposta, sendo muitas vezes comportamentos pró autolesão suicida, veiculando informações sobre objetos cortantes, melhor área do corpo para se automutilar e sentimentos positivos quanto a prática do comportamento.

Estudiosos (Moreno *et* al., 2015) (Seko, Kidd & Mckenzie, 2015) apontam duas vertentes principais para a influência de redes sociais virtuais no comportamento juvenil:

ambiente que propicia o apoio mútuo entre os participantes; e ambiente que propaga e induz o comportamento de risco. Entretanto pouco se tem estudado sobre o impacto desses grupos sobre comportamento de risco no comportamento de jovens brasileiros. Dessa forma o objetivo desse estudo é identificar a dinâmica de um grupo de automutilação através da análise das imagens, depoimentos postados e comentários de participantes de um grupo em rede social virtual.

METODOLOGIA

Realizado estudo interpretativo com abordagem qualitativa apoiado no referencial teórico da análise de conteúdo (Bardin, 1977). Segundo Flick (2009) a pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida. Para Bardin (1977) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitem a "inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens".

Para o estudo elencou-se grupo sobre automutilação identificado a partir da barra de busca da rede social virtual *Facebook*. O grupo foi escolhido por possuir maior número de participantes, em janeiro de 2015, apresentava 7.471 membros, e conter depoimentos e fotos diários. De acordo com a descrição do grupo, o mesmo foi criado com o objetivo de ajudar os praticantes de automutilação na troca de informações e fornecer apoio para pessoas vulneráveis ao comportamento autolesivo. A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2016 a partir de um formulário específico elaborado pelas autoras. Foram coletadas as mensagens dos posts principais e respectivos comentários, dessa forma, os resultados são identificados como P (postagens) e C (comentários) incluindo a enumeração respectiva à ordem da coleta.

Definido incluir no estudo, postagens com mais de 10 comentários, com temática exclusiva sobre automutilação e publicadas na rede social virtual no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, sendo identificado neste período para análise 103 postagens com mais de 10 comentários. Após leitura exaustiva dos dados, elencou-se as categorias e subcategorias a partir das principais unidades de registro. Os preceitos éticos da pesquisa estão em consonância com a resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei sob o parecer nº 975.511 de 19/03/2015. Importante frisar que dados que possuíam identificação com o nome do grupo estudado, foram trocados ou omitidos evitando-se a identificação dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos depoimentos e comentários publicados no grupo de automutilação emergiram três categorias referente ao processo do comportamento autolesivo. A primeira categoria apresenta o processo do comportamento autolesivo não suicida, propriamente dito, segundo os participantes do grupo. A segunda categoria exibe o processo protetivo do grupo e a última categoria mostra a vulnerabilidade para o comportamento autolesivo não suicida nos grupos em redes sociais virtuais.

Processo do comportamento autolesivo não suicida

O comportamento autolesivo não suicida está relacionado com mecanismo de enfrentamento ineficaz, dessa forma é um meio de defesa para lidar com afetividade, cognição e estresse social (Nock, 2010). A apresentação do comportamento autolesivo não suicida encontrado na comunicação do grupo de rede social virtual apresenta-se a partir das subcategorias automutilação propriamente dita, autoacusação, auto eficácia diminuída e demanda de auxílio.

Entende-se que o processo do comportamento autolesivo não suicida em rede social virtual possui manifestação cíclica de acordo com a resposta ao enfrentamento ineficaz. Este comportamento autolesivo apresenta características similares ao descrito para dependentes químicos (Malartt, 1994). Na dependência química verifica-se que diante de uma situação de alto risco, o indivíduo é susceptível, em geral, a dar resposta eficaz ou ineficaz de enfrentamento. Na resposta eficaz, o indivíduo experiência o aumento de auto eficácia, ou seja, o domínio sobre seu comportamento o que faz com que o indivíduo permaneça no controle sobre o seu comportamento. Por outro lado, no enfrentamento ineficaz ocorre diminuição de auto eficácia que, associada a cognições disfuncionais, leva uso inicial e a recaída (Malartt, 1994).

A auto eficácia refere-se à capacidade de um indivíduo executar tarefas específicas realizadas a partir das próprias habilidades formadas pelo aprendizado, fatores significativos e fisiológicos ou por informações de terceiros (Bandura, 1997; Garcia-Fernández *et*. al., 2010). No que tange ao grupo de autolesão não suicida em rede social virtual, os participantes determinam tempo sem se automutilar como estratégia de auto regulação. Importante observar que no grupo de rede social virtual essa etapa pode anteceder ou suceder à automutilação. A auto eficácia dos participantes do grupo em rede social virtual pode ser observada nos depoimentos:

Vou que vou jogar uma semana fora (P37)

Eu tava há quase um ano... terça tive uma recaída, mas espero que tenha sido só um dia (C2173)

5 meses jogados foras ☹ ☹ (P50)

A autolesão não suicida propriamente dita expõe depoimentos sobre cortes e suas características sendo na maioria das vezes acompanhados por imagens de lesões ou objetos cortantes:

10 novos cortes, eu já não sei mais o que fazer... (P99)

Fiquei 1 mês sem cortes... daí voltou tudo outra vez... o ultimo corte que fiz levei 5 pontos... Tento ser forte mais ta difícil... (C96).

As imagens 01, 02 e 03 retiradas do grupo de automutilação em rede social virtual retratam cortes, objetos cortantes e partes do corpo usadas para auto lesão.

Imagem 01: Automutilação em pernas e pulso com sangue e 04 lâminas.

Imagem 02: Braço esquerdo com mais de 50 cortes e cicatrizes de automutilação. Auto tatuagem “Basupa” que significa Lixo.

Imagem 03: Duas pernas com cortes e cicatrizes de automutilação, sobre as pernas um estilete, 03 lâminas de apontador e 05 lâminas (gilete) lacradas.

Verifica-se através dos depoimentos dos posts e comentários dos participantes do grupo de autolesão não suicida em rede social virtual que os cortes, em geral, possuem características relacionadas aos sentimentos que desejam expressar. Neste caso, a profundidade e extensão dos cortes estão relacionadas ao “tamanho” da dor sentimental do indivíduo. Em relação ao local do corpo, preferencialmente os cortes são realizados nas coxas, antebraços e abdômen, pois além de ser de fácil acesso, conseguem esconder os cortes com pulseiras ou roupas. Já as cicatrizes dos cortes apresentam divergências de significado entre os participantes, alguns têm vergonha, outros entendem as cicatrizes como processo de superação. Uma peculiaridade do comportamento autolesivo não suicida repetitivo expressa

nos grupos de autolesão em rede social virtual é a coleção de diferentes objetos cortantes em diferentes formas e cores, identificando o indivíduo como adicto do comportamento autolesivo (Giusti, 2013).

Após a ação da autolesão não suicida observa-se a apresentação do processo de autoacusação, que em geral, alude sinais de alerta emocional e cognitivo de incriminação ou inculpação como pode ser observado nos depoimentos abaixo:

Desculpa por não aguentar... por não ser tão forte assim.... Desculpa por ta sendo fraca de novo ;'(;'(;' ((P10)

Meu coração esta podre e machucado... (P3)

Estou a sentir tudo de novo, estava limpa há tanto tempo x) (C593).

Os depoimentos de autoacusação dos participantes do grupo de autolesão não suicida com conteúdo de incriminação ou inculpação podem ser entendidos como o equivalente ao comportamento de dependentes químicos frente a recaída. Entre os dependentes químicos a violação de regras auto impostas, no caso manter-se abstinente, produz sentimentos de auto responsabilização e culpa conhecido como efeito de violação da abstinência (Marlatt, 2011). Na dependência química, a concepção positiva, relacionada pelo componente cognitivo, ou negativa, associada ao componente afetivo, frente ao efeito de violação da abstinência configura-se em importante momento para intervenção e enfrentamento de futuras recaídas (Marlatt, 2011).

Após a autoacusação, seguida ou não de novo episódio de autolesão propriamente dita, observa-se demanda de apoio dos participantes do grupo de automutilação em rede social virtual. Ressalta-se que a demanda de apoio como a auto eficácia também pode anteceder ou suceder à automutilação no grupo de rede social. A demanda de apoio dos participantes do grupo em rede social virtual pode ser observada nos depoimentos:

Eu preciso muito conversa eu não tenho amigos e ninguém que me entenda ..eu tenho medo tu que eu possa fazer comigo mesma .. (C1930)

(se sentindo triste): Alguém conversa cmg por favor, não quero fazer besteira (P28)

Queria a ajuda de vocês, o apoio, novas amizades, vocês sim vão conseguir me entender. E eu digo, podem contar comigo pra tudo, a qualquer hora!!! (P89)

A demanda de apoio é um aspecto positivo de fóruns da *internet* em relação ao comportamento autolesivo em função do próprio estímulo do grupo para comportamentos positivos, encorajamento e enfrentamento além de que a procura por determinados grupos está

relacionada à identificação com indivíduos que sofrem o mesmo tipo de problema e consequente alívio psicológico e à interação na mídia social como forma de apoio (Daine, Hawton, Singaravelu, Stewart, Simkin & Montgomery, 2013)

Processo preventivo do comportamento autolesivo não suicida

Esta categoria refere-se ao processo protetivo do grupo e prevê a prevenção do comportamento autolesivo não suicida entre os participantes do grupo de autolesão em rede social virtual. A categoria referente ao processo protetivo do grupo encontrada na comunicação do grupo de rede social virtual apresenta-se a partir das subcategorias estratégia de autoproteção e da relação de ajuda.

Como característica do grupo de autolesão observa-se a autoproteção entre os participantes através do uso de artifícios como objetos, frases, símbolos e de auto eficácia aumentada:

Comprei esse pingente e não vou mais tirar do pescoço, cada vez que eu tiver vontade de né ferir ele vai me lembra o quanto sou melhor do q os q tentam me atingir. (P01)

Mais agora eu estou me controlando para parar com a automutilação, ainda não joguei fora a lâmina, pretendo guardar e colar em um caderno sobre minha superação. (P16)

Faz 1 mes q nao me corto e espero q gostem de mim ♡♡(P75)

3 meses sem cortes(P16)

As imagens 05, 06 e 07 retiradas do grupo de auto lesão retratam a autoproteção em grupos em redes sociais virtuais:

Imagem 05: Tatuagem da cantora norte americana Demi Lovato, localizada nos punhos com os dizeres *Stay Strong*.

Imagem 06: Pingente de lâmina de borracha.

Imagem 07: Pulseiras com os dizeres: *Stay Strong* e Demi Lovato nas cores preta e rosa.

Encontrado nos depoimentos dos posts e comentários e nas imagens do grupo de autolesão em rede social virtual a palavra inglesa *Stay Strong* que foi utilizada pela cantora norte americana Demi Lovato, ídolo *team* e símbolo de superação do *bullying*, transtorno alimentar e automutilação entre os adolescentes. As imagens encontradas referentes a pingente de lâmina, cicatrizes, fitas pretas ou desenhos de borboletas também são utilizados pelos participantes como representações imagéticas de proteção e prevenção de recaídas nos integrantes de grupos de automutilação. Ainda, utilizam o tempo sem se cortar como mecanismo de auto eficácia aumentada, processo oposto a auto eficácia diminuída, ou seja, frente a situação de risco, a eficácia aumentada corrobora com resposta eficaz de enfrentamento contribuindo com probabilidade menor de recaída. (Marlatt, 1999).

As estratégias de autoproteção do comportamento autolesivo dos participantes do grupo de automutilação pode ser entendido como motivações para evitar a recaída do comportamento autolesivo. De acordo com Marlatt (2009) a motivação é um determinante intrapessoal importante na prevenção de recaídas e, em geral, ocorre de duas formas distintas, pela motivação no envolvimento com o problema ou pela motivação para mudança de comportamento positiva. A motivação é proporcionada por fatores psicológicos ou sociais podendo ocorrer de maneira consciente ou inconsciente. Segundo Czarnobay *et* al (2015) o uso de motivação para mudança relacionado a neurobiologia fundamenta-se que a utilização de estratégias motivacionais para evitar o comportamento dependente pode estimular zonas de recompensa do cérebro oferecendo sensações prazerosas e assim, evitando a recaída.

A relação de ajuda entre os participantes do grupo de automutilação em rede social virtual ocorre através da atitude de acolhimento, atitude empática, oferta de apoio relacional e apoio religioso. São características de acolhimento e identificação, comuns na dinâmica de grupos de ajuda mútua e já identificadas em grupo virtual de automutilação (Daine *et* al., 2013). Ainda se observa a oferta de apoio relacional no grupo expressa pela disponibilidade dos participantes em ajudar outros membros tanto nos depoimentos quanto em chats ou grupos de *WhatsApp*. Abaixo depoimentos que representam a relação de ajuda marcada pela atitude de confiança e acolhimento, atitude empática e oferta de apoio relacional:

Parabéns a todas nos pelas nossas vitórias (C2199)

Tu é Uma Guerreira Continue Assim Sempre Que Precisar Estaremos Aqui Bjohs (C1788).

Se vc precisar é só me chamar no inbox linda já passei por isso não quero ver ninguém mais passando. Pf não se machuca :/ (C44)

Também já passei por isso e você não está sozinha, tem muita gente contigo (C1927)

[número de telefone] caso queira conversar. Caso qualquer um queira conversar, desabafar, sla e so chamar (C46)

Ô, moça... Quer conversar? Se quiser, pode me chamar no chat! (C59)

A oferta de apoio religioso se dá por meio da religiosidade expressa pelos membros ou por ação de grupos de adolescentes inseridos em páginas de comportamentos de risco na *internet* e que oferecem suporte vinculado a instituições religiosas:

Muita força. Confie em Deus, pois Ele estará sempre do seu lado lhe protegendo! (C77)

Seja forte e recomece. Procure o Força Jovem Universal mais próximo da sua casa e fique por dentro do evento "Saiba Dizer Não", que ajudará jovens como você que se corta a como sair dessa situação. (C982)

Confia em Deus. Seja forte, vai dar tudo certo, tenha fé! (C105)

A religiosidade é considerada importante fator protetivo na prevenção de recaídas de comportamentos dependentes. No estudo de Silva, Guimarães & Salles (2014), a religiosidade foi citada por 74% dos participantes como principal apoio para evitar recaídas. Luchetti *et* al (2014) demonstraram associação positiva entre religiosidade e atitudes em relação ao uso do álcool. Dessa forma percebe-se que a religiosidade colabora no processo de tratamento de comportamentos dependentes, auxiliando no, estímulo de hábitos saudáveis, melhora da qualidade de vida e apoio a adversidades, sendo estímulo de sentido de vida, antes alcançado pelo comportamento dependente (Silva, Guimarães & Salles, 2014).

Vulnerabilidade dos grupos em redes sociais virtuais

A categoria referente à vulnerabilidade encontrada na comunicação do grupo de Rede Social Virtual apresenta-se a partir das subcategorias gatilhos nas relações *online* e *off-line*. De acordo com Marlatt (1999) gatilhos são situações que servem de estímulo imediato para o início do comportamento dependente. "Promovem complexa constelação de pensamentos e comportamentos associados à fissura" e incluem estados emocionais ou cognitivos, contingências ambientais, ou estados fisiológicos. A identificação de gatilhos é demasiadamente importante, pois auxilia o indivíduo a evitar e lidar com situações de recaída. (Romanini, Pereira & Dias, 2010) (Larimer, Palmer & Marlatt, 2011)

Os gatilhos nas relações *online* referem-se às situações nas redes sociais virtuais que aumentam a vulnerabilidade dos integrantes para a autolesão. Observa-se que a

vulnerabilidade no grupo de automutilação em rede social virtual se dá através da identificação de efeito contágio e comportamento pró-auto violência.

O efeito contágio é relacionado à postagem de fotos de cortes, geralmente associadas a depoimentos de recaídas do comportamento autolesivo. Ressalta-se que os participantes dos grupos de automutilação em rede social virtual entram em conflito sobre a exposição ou não desse tipo conteúdo devido ao efeito negativo de contágio que pode provocar entre os membros. Estudos evidenciam que o conteúdo *online* sobre automutilação pode provocar efeito contágio *off-line* (Moreno *et* al., 2015) (Sekko, Kidd & Mckenzie, 2015). Neste sentido a publicação de fotos de corte atuaria como um gatilho para a automutilação entre adolescentes em situação de vulnerabilidade:

Só quero que vcs entendam que fotos de corte acabam dando vontade de se cortar e não é só comigo... Só quero falar que não é legal isso, que atrapalha pessoas que estão tentando suportar a vontade de se cortar (C975)

Tem mta gente que se sente tentado a se cortar após ver fotos de cortes (C568)

Eu estava mal e vi a foto de um corte (Emoticon unsure).. me deu muita vontade (C570)

As fotos dos cortes fazem com que quem ta se recuperando cinta contade #experienciapropria (C583)

Os gatilhos nas relações *off-line* configuram situações de violências que aumentam a vulnerabilidade dos integrantes para a automutilação. Observa-se que a vulnerabilidade para o comportamento autolesivo se manifesta a partir de depoimentos de violências (físicas, psicológicas ou sexuais). Fator de risco importante para comportamentos autodestrutivos é a experiência com violências, sejam físicas, sexuais ou psicológicas. De acordo com Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett & Putnam (2003) a vivência de abuso sexual aumenta cerca de quatro vezes a possibilidade de manifestar comportamentos autolesivos e quando ocorrida na infância torna-se importante fator preditor de automutilação na adolescência. Nas situações de violência a automutilação pode se evidenciar como uma opção para lidar com a situação, assim atua como um gatilho para esse comportamento. Nos relatos de participantes do grupo de automutilação em rede social virtual são explícitas as experiências de violências sofridas, principalmente ocorridas entre os familiares, mas também se observa violência praticada por profissional da área da saúde:

Estou aqui no Conselho Tutelar fazendo a denúncia contra a minha mãe... Vamos para a delegacia fazer a denúncia. #medesejesorte (P25)

(se sentindo muito mal): daqui uns dias meu pai vai saber sobre a violência sexual... Eu gostaria que quando ele souber, que ele apenas me abraçasse e dissesse "passou, vai ficar tudo bem"; Vontade... apenas vontade... apenas mais um sonho... me sinto tão idiota por ter essa vontade..... Não sei porque ainda sonho com essas coisas, se no final e diferente... no final e a patinha feia sozinha sendo humilhada mais uma vez (P29)

Bom eu estou com Dengue... Mas enfim fui ao médico, quando fui colher o sangue a enfermeira viu minhas cicatrizes e perguntou de quem eu estava querendo chamar atenção (P36)

As situações de alto risco que culminam com o lapso ou recaída, ou seja, os gatilhos, variam de acordo com cada indivíduo. A identificação de gatilhos concerne o ponto crucial do tratamento de comportamentos dependentes, pois possibilita o indivíduo trabalhar mecanismos positivos de auto eficácia que usará diante de situações de vulnerabilidade, configurando em maior possibilidade na prevenção de recaídas (Marlatt, 1999).

Compreensão do comportamento autolesivo não suicida a partir do modelo de prevenção de recaídas de Marlatt

O modelo de prevenção de recaídas (PR) constitui uma estratégia de intervenção terciária para reduzir a probabilidade e gravidade de recaída após a cessação ou redução de comportamentos dependentes. Mesmo após três décadas de sua introdução, continua sendo importante e influente modelo cognitivo comportamental para abordagem e estudo dos comportamentos dependentes. Este modelo engloba técnicas que enfatizam o desenvolvimento de habilidades comportamentais para elaboração de respostas de enfrentamento eficaz (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011).

Após análise do conteúdo sobre autolesão não suicida em grupos de redes sociais virtuais, identifica-se aproximação de características processuais do comportamento com o modelo de prevenção de recaídas. Dessa forma, é possível delinear um modelo de prevenção de recaídas para o comportamento autolesivo não suicida a partir do modelo proposto por Marlatt & Gordon (1985). Na figura 01 se encontra o modelo adaptado de prevenção de recaídas a partir do proposto por Marlatt & Gordon em 1985.

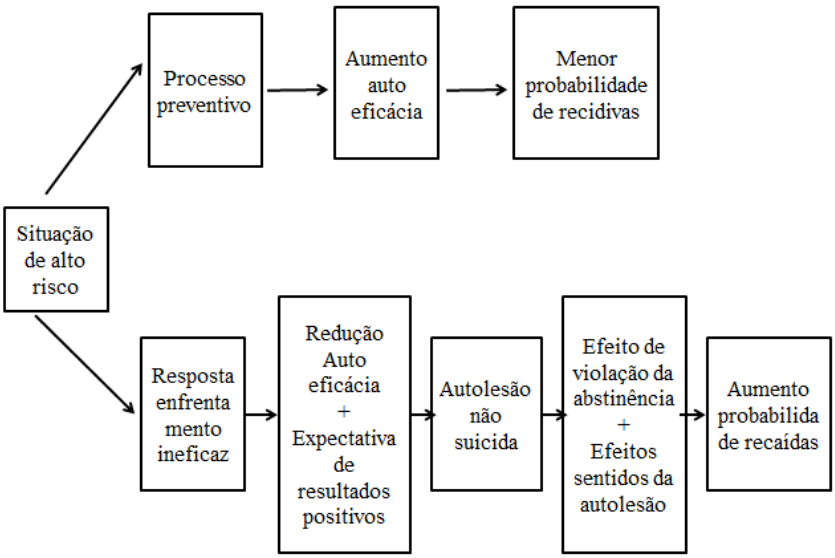


Figura 01: Modelo de prevenção de recaídas para comportamentos autolesivos não suicidas adaptado a partir de Marlatt e Gordon (1985).

Para Hendershot *et* al. (2011) os comportamentos adictos são permeados por fatores que contribuem ou precipitam recidivas do comportamento dependentes. Esses fatores são divididos em duas categorias, determinantes imediatos, ou seja, situações de alto risco que frente a um sistema ineficaz de enfrentamento podem favorecer a recidiva da dependência; e fatores antecedentes, situações traumáticas que transcorrem durante a vida e que podem favorecer recaídas. Assim, a abordagem e tratamento com base no modelo de PR inicia com avaliação cuidadosa na identificação de determinantes imediatos e construção de respostas de enfrentamento eficaz diante dos mesmos, e ainda trabalha no exame e elaboração de fatores antecedentes.

Assim, como proposto no modelo de prevenção de recaídas para alcoólatras (bebedores), o modelo adaptado de prevenção de recaídas para o comportamento autolesivo não suicida também trabalha a partir das situações de risco. A pessoa que deu início a mudança de um comportamento dependente, como a autolesão não suicida, começa a experienciar o aumento de auto eficácia e controle sobre seu comportamento. Pessoas com resposta de enfrentamento eficaz, auxiliadas por redes de processo preventivo podem apresentar menor probabilidade de recaídas frente a uma situação de alto risco (Figura 1).

Entretanto, diante de situações de alto risco, pessoas com resposta de enfrentamento ineficaz podem experimentar redução de auto eficácia que concomitante a expectativa de resultados positivos da autolesão não suicida poderá resultar em um lapso inicial. Esse lapso inicial pode gerar sentimentos de autoacusação, ou seja, efeito de violação da abstinência e

conjunto a efeitos sentidos da autolesão não suicida e, assim, aumentado a probabilidade de recaída (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999) (Hendershot *et* al., 2011) (Figura 1).

O modelo de prevenção de recaídas evidencia a importância em se intervir no sistema de enfrentamento das pessoas, no caso do comportamento autolesivo não suicida, seria primordial entre os jovens, desde que é conhecido que este comportamento é mais frequente entre adolescentes, além do fato de ser na adolescência que o sistema de enfrentamento se encontra em construção. A adaptação ou a concepção de modelos de compreensão e abordagens do fenômeno se mostra imprescindível contribuindo para a discussão sobre manejo, identificação e estratégias de prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível elencar as principais características na dinâmica de um grupo de automutilação em rede social virtual sendo que os dados encontrados corroboram com estudos anteriores evidenciando que grupos de automutilação *online* atuam sob a égide de duas principais vertentes: ambiente de ajuda mútua e ambiente que propicia comportamentos de risco. É importante frisar que na descrição do grupo estudado consta que o objetivo do mesmo é ajudar praticantes do comportamento autolesivo, contudo o grupo também opera em sentido contrário, sendo importante questão a ser enfrentada.

Em relação às limitações do estudo identifica-se o tempo de coleta de dados, como realizado estudo transversal e retrospectivo, não foi possível acompanhar mudanças no cenário de pesquisa, além de analisar o tempo exclusivo de uma ano e postagens. Entretanto, ressalta-se a contribuição desse tipo de estudo para a área da saúde, pois, com o advento da *internet*, verifica-se reconfiguração do cenário da saúde, sendo necessária a expansão do conhecimento e intervenções para o alcance da população. Ainda, é necessário o estudo do processo do comportamento autolesivo não suicida em contextos diversos da *internet*, como por exemplo escolas, comunidade e serviços de saúde.

Referências

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.

Bardin L. (1977) Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Czarnobay, J., Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Borba, L. de O., Kalink, L. P. & Maftum, M. A. (2015) Determinantes intra e interpessoais percebidos pela família como causa da recaída do dependente químico. Revista Mineira de Enfermagem, 19(2): 93-99. Recuperado em http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1008

Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S. & Montgomery, P. (2013) The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the *Internet* on Self-Harm and Suicide in Young People. Plos One, 8(10): 77555. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24204868 doi: 10.1371/journal.pone.0077555. eCollection 2013.

García-Fernández, J., Inglés, C., Torregrosa, M., Ruiz, C., Díaz, A., Pérez, E., & Martínez, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia percibida específica de situaciones académicas en una muestra de estudiantes españoles de educación secundaria obligatoria. European Journal of Education and Psychology, 3(1), 61-74. Recuperado em http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129313736005

Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L. & Caspi, A. (2012) Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study**.** British Medical Journal, 344:2683. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22539176 doi: 10.1136/bmj.e2683

Giusti, J.S. (2012). Automutilação*:* características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo. (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Psiquiatria, São Paulo.

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011) Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6:17. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21771314 doi: 10.1186/1747-597X-6-17

Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999) Relapse Prevention - *An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model.* Alcohol Research & Health, 23 (2): 151-60. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10890810

Lucchetti, G., Koenig, H. G., Pinsky, I., Laranjeira, R. & Vallada, H. (2014) Religious beliefs and alcohol control policies: a Brazilian nationwide study. Revista Brasileira de Psiquiatria, 36:4–10 doi:10.1590/1516-4446-2012-1051

Marlatt, G. A. & Gordon, G. R. (1994) Prevenção da Recaída. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Moreno, M. A., Ton, A., Selkie, E. & Evans, Y. (2016) Secret Society 123: Understanding the Language of Self-Harm on Instagram. Journal of Adolescent Health, 58 (2016): 78-84. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.09.015

Nock, M. K. (2010) Self-Injury. Annual Review of Clinical Psychology, 6:339–63. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192787 doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A.; Trickett, P. K. & Putnam, F. W. (2003) Revictimization and Self-Harm in Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse Results From a Prospective Study. Journal of Interpersonal Violence, 18 (12): 1452-1471. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693773/ doi: 10.1017/S0954579411000174

Seko, Y., Kidd, S. A., Wiljer, D. & McKenzie, K. J. (2015) On the Creative Edge: Exploring Motivations for Creating Non-Suicidal Self-Injury Content Online. Qualitative Health Research, 25(10) 1334–1346. Recuperado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25662942 doi: 10.1177/1049732315570134

Silva, M. L. da, Guimarães, C. F. & Salles, D. B. (2014) Fatores de risco e proteção à recaída na prevenção de usuários de substâncias psicoativas. Revista Rene, 15(6):1007-15. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000600014

Stallard, P., Spears, M., Montgomery, A. A., Phillips, R. & Sayal, K. (2013) Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. Bio Med Central Psychiatry, 13:328. Recuperado em http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-328 doi: 10.1186/1471-244X-13-328

6.5 ESTUDO QUALITATIVO

6.5.1 Comunicação suicida em grupos on-line de automutilação

Silva, Aline Conceição
Enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ. E-mail: csilvaaline@hotmail.com
Botti, Nadja Cristiane Lappann
Enfermeira, Psicóloga, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ

RESUMO
Introdução: No Brasil a mídia é o terceiro incentivador de suicídio, ficando atrás somente do desemprego e violência respectivamente. A preocupação com a relação ao acesso a informações na *internet* e o comportamento suicida é crescente e evidenciada por diversos estudiosos. Assim, frente à necessidade e a importância de se conhecer o comportamento suicida no ambiente *on-line* o objetivo desse estudo é analisar a comunicação suicida em grupo *on-line* de automutilação **Métodos:** Realizado estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa e método de análise apoiado no referencial teórico da análise de conteúdo de Bardin (1977). A coleta retrospectiva referente a dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Analisadas 12 postagens com conteúdo suicida em um grupo online de automutilação. **Resultados:** Após leitura exaustiva do material elencou-se duas categorias de análise: comunicação *on-line* do comportamento suicida e vulnerabilidades para o comportamento suicida *on-line*. **Conclusões:** Percebe-se que o fenômeno se apresenta de forma complexa para os profissionais de saúde, sendo necessário novas formas de pensar em saúde para alcançar o sujeito em toda sua nova complexidade.
Palavras-chave: *Internet*, suicídio, comunicação.

ABSTRACT
Introduction: In Brazil, the media is the third suicide encourager, behind unemployment and violence respectively. The concern with regard to access to information on the *internet* and suicidal behavior is growing, as evidenced by many scholars. So, faced with the need and the importance of knowing suicidal behavior in the online environment the objective of this study is to analyze the suicidal communication in online group of self-harm. **Methods:** Realized descriptive, exploratory study with a qualitative approach and supported analysis method the theoretical framework of Bardin content analysis (1977). The retrospective collection for December 2014 to December 2015. Analyzed 12 posts with suicidal content in an online group of self-mutilation. **Results:** After exhaustive reading of the material has listed are two categories of analysis: online communication of suicidal behavior and vulnerability to suicidal behavior online. **Conclusions:** It is noticed that the phenomenon is presented in a complex way to health professionals, requiring new ways of thinking in health to achieve the subject in all its new complexity.
Keywords: *Internet*, Suicide, Communication.

RESUMEN
Introducción: En Brasil, los medios de comunicación es el tercer animador suicidio, detrás de desempleo y la violencia, respectivamente. La preocupación con respecto al acceso a la información en *internet* y la conducta suicida es cada vez mayor, como se evidencia por muchos estudiosos. Así, ante la necesidad y la importancia de conocer el comportamiento

suicida en el entorno en línea el objetivo de este estudio es analizar la comunicación suicida en grupo en línea de los de auto-daño. **Métodos:** Realizado estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo y el método de análisis apoyado el marco teórico de análisis de contenido de Bardin (1977). La colección retrospectiva para diciembre de 2014 y diciembre de 2015. Analizados 12 puestos con contenido suicida en un grupo en línea de auto-mutilación. **Resultados:** Después de la lectura exhaustiva del material ha enumerado son dos categorías de análisis: la comunicación en línea de comportamiento suicida y la vulnerabilidad a la conducta suicida en línea. **Conclusiones**: Se observa que el fenómeno se presenta de una manera compleja para profesionales de la salud, que requieren nuevas formas de pensar en la salud para lograr el objeto en toda su nueva complejidad.
Palabras clave: *Internet*, el suicidio, la comunicación.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a relação ao acesso a informações na *internet* e o comportamento suicida é crescente e evidenciada em estudos científicos (Marhan; Sãucan, Popa & Danciu, 2012). Para Niezen (2013) há um duplo mecanismo nos grupos e sites de suicídio na *internet* entendido como morte e vida ou patologia e bem-estar; neste aspecto é importante observar que mesmo sem influência direta sobre o comportamento identifica-se que a exposição de imagens, relatos de estratégias eficazes de morte e simbolização da violência autoinfligida como ato heroico se transformam em fatores de risco para o comportamento suicida.

No Brasil a mídia configura-se como terceiro incentivador de suicídio, ficando atrás somente do desemprego e da violência, respectivamente (Loureiro, Moreira, & Sachsida, 2013). No estudo de Loureiro, Moreira & Sachsida (2013) utilizando dados de 27 estados brasileiros observou que o aumento de 1% na mídia eleva a taxa de suicídios de homens jovens em 5,34%. No estudo de Gomes, Baptista, Carneiro & Cardoso (2014) com análise de 146 sites brasileiros com conteúdo suicida foi identificado maior número de páginas referente a conteúdos acadêmicos, seguidos de sites pessoais (*blogs, sites*) que abordavam o suicídio. Os autores não encontraram sites que incitavam o comportamento, mas que descreviam factualmente métodos suicidas.

Diante do aumento de páginas *on-line* com conteúdo suicida e o fenômeno de contágio, as redes sociais virtuais *Facebook* e *Instagram* em parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV) lançaram ferramentas de prevenção ao suicídio e comportamento de risco. Assim, ao identificar postagens com tendência ao suicídio ou automutilação, usuários podem ajudar recebendo apoio e informações de como proceder frente a postagens depressivas ou com conteúdo suicida. Outra ferramenta interessante foi bloquear a busca por *hashtags* que fazem referência a comportamento de risco.

Sabe-se que a *internet* se tornou poderosa ferramenta de influência em várias culturas e localizações geográficas, sendo que os jovens são os mais vulneráveis a influência e também os que utilizam o meio *on-line* com maior frequência (Tam, Tang & Fernando, 2007) Frente à necessidade e a importância de se conhecer o comportamento suicida no ambiente *on-line* o objetivo desse estudo é analisar a comunicação suicida em grupo *on-line* de automutilação.

METODOLOGIA

Realizado estudo exploratório com abordagem qualitativa e método de análise apoiado no referencial teórico da análise de conteúdo (Bardin, 1977). Para Minayo & Sanches (1993, p. 245) "o material primordial das investigações qualitativas é a palavra que expressa a fala cotidiana seja nas relações afetivas e técnicas", para a autora a palavra desvela condições estruturais, sistemas de valores normas e símbolos e principalmente transmite condições históricas, socioeconômicas e culturais de um grupo. De acordo com Oliveira (2008) a análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos explícitos ou não. É uma metodologia multidisciplinar e atende a vários objetivos, pois tudo que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado com essa técnica.

Para o estudo elencou-se grupo sobre automutilação encontrado a partir da barra de busca da Rede Social Virtual *Facebook*. O grupo foi escolhido por possuir maior número de participantes, na data 7.471 participantes, e conter depoimentos e fotos diários. De acordo com a descrição do grupo, o mesmo foi criado com intuito de ajudar os praticantes de automutilação na troca de informações e funcionando como grupo de apoio para pessoas vulneráveis ao comportamento autolesivo. A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2016 e ocorreu através de formulário específico elaborado pelas autoras. Foram coletados os posts principais e comentários dos mesmos, dessa forma, identificam-se as unidades de registro como P (postagens) e C (comentários) incluindo a enumeração respectiva à coleta.

Foram incluídos no estudo, postagens com mais de 10 comentários, com o tema estritamente sobre automutilação e no período de dezembro de 2014 a dezembro de 2015. Identificou-se 103 postagens com mais de 10 comentários no período especificado. Destas, 12 postagens continham conteúdo suicida e repercutindo 225 comentários. Após leitura exaustiva dos dados, elencou-se as categorias e subcategorias a partir das principais unidades de registro. Os preceitos éticos da pesquisa estão em consonância com a resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei sob o parecer nº 975.511 de 19/03/2015. Importante frisar que

dados que possuíam identificação com o nome do grupo estudado, foram trocados ou omitidos para que não haja identificação ou exposição dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das postagens e comentários publicados no grupo de automutilação emergiram duas categorias de análise: comunicação *on-line* do comportamento suicida e vulnerabilidades para o comportamento suicida *on-line*.

Comunicação *on-line* do Comportamento suicida

De acordo com a OMS (2014) o comportamento suicida é um fenômeno complexo que se dá através de um *continuum*: ideação, plano suicida, tentativa e suicídio consumado. Na maioria das vezes o indivíduo que está em qualquer etapa desse *continuum*, manifesta a comunicação suicida, ou seja, demonstra algum sinal ou comportamento que alude ao desejo de acabar com a própria vida. Nesse contexto, esta categoria refere-se à comunicação do comportamento suicida por participantes de grupo *on-line* de automutilação. (Quadro 01)

Quadro 01: Comunicação do comportamento suicida em grupo *on-line* de automutilação.

Comunicação *on-line* do comportamento suicida		
Ideação	Tentativa	Suicídio
Pra mim com certeza [a morte] é a melhor saída, #futuro (C206) Pensando em tentar suicídio hoje ;'((P9) Quem pensa em suicídio quer matar a dor e não a vida (PS1) Deixando bem claro, quem pensa em suicídio, obviamente têm problemas mentais. Ninguém esolhe ter problemas mentais (C24) Queria morrer só pra me livrar dessa constante humilhação. (P3) Eu to cansada. Eu só quero que isso acabe. Tudo isso. Mas eu sei que não vai acabar nunca, vai me perseguir enquanto eu	Depois de muito tempo (cerca de 2 anos) sendo forte, fui fraca... tentando me suicidar pela 8ª vez. Às vezes costumo dizer que sou "vaso ruim" (que não quebra) ou que dedo ter alguma coisa "muito interessante" para fazer nesta terra: pois já fiz de tudo tentando dar cabo dessa minha vida sem muito sentido, mas nada adiantou até hoje... (P06) (...) ingeri vidro moído. Talvez por eu sempre ter sofrido com problemas gástricos,e meu estômago nunca aceitar quase nada de 'estranho' que caia nele,foi a conta de engolir e colocar pra fora. Tentei	Sabe a um mês e doze dias, o meu tio se matou. E a dor de perder alguém que eu amava nunca passou desde então. Principalmente sabendo que ele fez aquilo... Eu vi ele enforcado naquela madeira.. e eu jamais desejaria essa dor para ninguém... Não pensa nisso não, as pessoas podem até não demonstrar, mas sentem... (C100) Eu rezava sim pra você chega em casa logo, ahgora sei que você não vai mais chegar, pois sei que agora é de Deus, meu coração está rasgado minha dor é imensa ter que me contenta só com a falta e a saudade

respirar (C30) Eu quero morrer. Eu sinto que estou no ápice do meu sofrimento. Não consigo aguentar tanta dor. Eu queria tanto ter forças pra fazer alguma coisa. Eu juro por tudo que é mais sagrado que eu daria qualquer coisa pra não ser eu. Estou desesperada, desfalecendo... Que angústia sem fim, quero um fim pra tudo isso...(P05)	novamente,com pedaços maiores dentro de comida,bebi água para ajudar a descer,mas após umas 8 horas...coloquei tudo pra fora de novo,e o máximo que consegui foram cortes na garganta e na língua que agora não me deixam comer nem falar direito. (P6) Tomei remédio Com perfume. Toda essa dor está me matando acabando comigo. Devia morrer (P10)	tá sendo terrível pra mim... minha alegria acabou #LutoeternoVitinho (C212)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A ideação suicida trata-se de pensamentos ou ideações de acabar com a própria vida (Klonsky, May & Saffer, 2016), pode se apresentar egodistônica, quando a ideia de acabar com a própria vida provoca receio, ansiedade; ou egossintônica, ou seja, quando se torna uma possibilidade frente a uma crise intolerável e interminável (Botega, 2014). A cada 100 brasileiros 5,3% possuem ideações suicidas, sendo mais prevalentes e comuns que o suicídio consumado, constituindo uma importante ferramenta na prevenção de suicídios futuros (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarrondo & Marin-Leòn, 2005; Pandey, 2013).

Em relação ao ambiente *on-line*, o estudo de Sueki (2014) realizado com usuários japoneses da rede social virtual *twitter* encontrou associação direta com postagens sobre suicídio e ideações suicidas na vida real, principalmente com ideações suicidas persistentes no último mês. No estudo de Gunn & Lester (2012) realizado com análise de postagens de uma jovem 24 horas antes da morte por suicídio observou-se que o número de número de postagens relacionadas ao suicídio é intensificado perto do desfecho fatal, o que corrobora com o achado de Pennebaker *et. al.* (2001) em que há um aumento de emoções negativas perto do desfecho final.

Característica especial do comportamento suicida observada nas postagens categorizadas em ideação suicida no grupo *on-line* de automutilação foi à ambivalência, ou seja, quando o desejo de viver e morrer se confundem na pessoa. Existe uma urgência em terminar com o sofrimento através da morte, entretanto há o desejo de sobreviver a este sofrimento. Se nesta situação for ofertado apoio emocional visando reforçar o desejo de viver observa-se diminuição da intenção como do risco de suicídio (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2014). De acordo com Raynolds (1991) encontra-se a probabilidade de

34% de uma ideação suicida se transformar em um planejamento e de 72% de um plano desencadear uma tentativa.

As tentativas suicidas se traduzem por ações com intencionalidade suicida, mas que não culminam com a morte. De acordo com a OMS no ano de 2020 cerca de 2,4% do ônus global ocasionado por doenças será em decorrência a tentativas de suicídios. Estima-se que o número de tentativas seja 10 vezes maior ao número de mortes por suicídio. Ainda, as tentativas se constituem como principal fator de risco para suicídio futuro (Klonsky, May & Saffer, 2016).

No que concerne às postagens sobre morte em decorrência ao suicídio, encontrou-se postagens de participantes relacionadas a suicídios de familiares, amigos ou ciclo social próximo. Isso refere-se a outra característica importante do comportamento suicida, os sobreviventes de suicídio ou sobreviventes de perda por suicídio, ou seja, grupo de 5-6 pessoas enlutadas pela morte por suicídio de alguém próximo. De acordo com ABP (2014) cerca de 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano, e se cada ano morre 800 mil pessoas por suicídio (Organização Mundial de Saúde, 2014) cerca de 48 milhões e 500 milhões de pessoas no mundo podem ser expostas ao luto por suicídio em um ano (ABP, 2014).

As postagens desvelam sentimentos como confusão e sofrimento comuns aqueles que sobreviveram ao suicídio de um familiar ou alguém próximo. Dessa forma, as postagens confirmam a importância e demonstram a necessidade do trabalho de posvenção aos enlutados por suicídio. Para Fukumitsu, Abilio, Lima, Gennari, Pellegrino & Pereira (2015) a posvenção é todo e qualquer trabalho realizado depois de um suicídio com a finalidade de prevenir um ato ou tentativa suicida, pois os sobreviventes por suicídio configuram um grupo de risco para suicídio futuro. Ainda, ações de posvenção ajudam na elaboração do luto e redução a curto prazo do sofrimento psíquico associado ao luto (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Vulnerabilidade para o comportamento suicida *on-line*

Uma questão importante é que a própria participação no grupo com prática de automutilação se caracteriza como vulnerabilidade para o comportamento suicida. Estima-se que 50-60% das pessoas que morreram por suicídio tiveram história de automutilação, vários episódios de automutilação pouco antes do suicídio e frequentes atendimentos hospitalares (Foster, Gillespie, McClelland & Patterson, 1997; Da Cruz *et al*., 2011; Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). De acordo com Ritchie (2011) a proporção de casos de suicídio em

anos seguintes ao comportamento auto lesivo é de 12,7% em 12 meses, 5,5% em quatro anos e 4,5% em 20 anos, respectivamente.

Dessa forma, esta categoria refere-se a condições vulneráveis para o comportamento suicida identificado através de postagens de participantes de um grupo *on-line* de automutilação. Estas condições foram elencadas como pessoal, familiar, social e grupal (relacionado ao grupo *on-line*) (Quadro 02).

Quadro 02: Condições de vulnerabilidade para o comportamento suicida identificadas a partir de um grupo *on-line* de automutilação.

Vulnerabilidade para o comportamento suicida	Pessoal	Eh complicado se ver sozinha... [Emoticon cry] Tou nessa depressão tbm.. (C40) Eu nunca chorei como estou chorando agora. Minha cabeça está girando e meu coração tá muito acelerado. Eu não sei como continuar... (C103)
	Familiar	Meu pai bebe, fica bêbado e me chama de tudo o que é coisa, me faz mal, grita comigo sem motivo. Mas na frente dos outros finge que somos a porra de família feliz. Eu quero morrer pra mostrar a todos o que um imbecil pode fazer com uma filha. Pra mostrar o que um idiota faz com uma irmã e o que uma mãe que finge não ver nada faz com a filha. Eu to cansada de tudo isso. Se existe um deus, acho que ele virou as costas pra mim. (P3) Ao contrário de muitas famílias, que apoiam ou simplesmente ignoram, minha mãe CONFRONTA e diz que o que faço, é coisa de gente "retardada e fraca"...se ela ao menos imaginasse o que eu sinto para tentar fazer essas coisas, ela certamente não diria isso... Sem mãe, sem responsáveis, o mundo querendo acolher a todos. Não sei ao certo oq fazer! Morrer? Tenho um irmaozinho, mais ele tem tanta atenção. (P07)
	Social	Nem eu sei como lidar com isso... eu tenho muitos pesadelos com violência sexual... Sinto nojo do meu corpo... as vezes não suporto me tocar... me olhar... e difícil... mais e preciso colocar a Mérida do sorriso no rosto e encarar o mundo (C472) Nunca acreditei. Se ele tem o poder de falar pro meu coração, se ele tem o poder de se mostrar pra mim, porque nunca o fez? Ele nunca me ajudou. (C52) Eu realmente espero que sim. Por que ele já me feriu de todas as formas possíveis (C69) (Nome), pior é quendo n se tem ninguém pra te ajudar. Sozinha e perdida (C08)

		Amigos? Acho que não tenho. É bem provável que os que eu nunca vi, sejam mais confiantes dq os de perto. (P7) Que sentido tem viver? A única pessoa que eu gostava de verdade me deixou que era meu namorado, ele era o único motivo pra mim ainda estar viva, mas como smp td mundo acaba me deixando, se afastando de mim, me deixando triste... morrer agora seria a melhor opção (P12)
	Grupal	Experimente tomar chumbinho, mas sse tomar muito você vai vomitar, tome só umas 10 bolinhas. (C118) Manda vê quem faz não fala veneno é uma boa (C175) (...) reclamam da vida postando pra se suicidar quem faz não fala pega e se mata linda tá carente querendo atenção isso é falta do que fazer (C182) Remédio com perfume? (C195)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

De acordo com Hawton, Sanders & O'Connor (2012) um grande número de pesquisadores tem se empenhado a estudar experiências traumáticas na infância e suicídio futuro. Dessa forma, percebe-se que a família possui eixo fundamental na formação da criança e adolescente, sendo problemas familiares, tais como separação conjugal precoce, problemas psiquiátricos paterno e/ou materno, negligência emocional e violência (física, psicológica e sexual) no ambiente familiar os fatores preditores mais fortemente encontrados do comportamento suicida (Hawton, Sanders & O'Connor, 2012).

Em relação às vulnerabilidades sociais percebe-se o abuso sexual como grave preditor do comportamento suicida, o estudo longitudinal de Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett & Putnam (2003) com meninas de 6-16 anos corrobora a associação maior de abuso sexual na infância e história de comportamento suicida na adolescência. Também como vulnerabilidade social encontra-se o *bullying,* sendo que um em cada dez meninos vítimas de *bullying* relataram automutilação, quatro vezes maior prevalência do que entre os meninos que não tinham sido vítimas de *bullying* (Mcmahon *et. al*, 2010). E por último o isolamento social ou negligência social, não ter amigos ou parceiros (Laukkanen, Rissanen, Honkalampi, Kylma, Tolmunen, & Hintikka, 2009).

No que diz respeito as vulnerabilidades pessoais encontrou-se a questão das psicopatologias, mais comumente a depressão (Marttunen, Aro & Henriksson, 1994) (Sourander, Klomek, Niemela *et al*. 2009) e a impulsividade (Hawnton, Sanders & O'Connor, 2012) como vulnerabilidades no grupo *on-line* de automutilação. Hawton, Sanders & O'Connor destacam que entre os fatores de risco pessoais também estão o sistema de

enfrentamento ineficaz, o uso abusivo de álcool e drogas, o perfeccionismo, a desesperança e a baixa autoestima.

O efeito contágio e o comportamento pró-suicida foram as vulnerabilidades grupais identificadas. No estudo de Biddle, Donovan, Hawton, Kapur & Gunnel (2008) realizado com os quatro sites de busca mais populares da *internet*, notou-se que a maioria das páginas (sites, *chatrooms*) incitava o comportamento pró-suicida e que na busca, os primeiros resultados eram páginas pró-suicida, ou seja, maior chance de acesso a este tipo de conteúdo. É importante frisar que mesmo não incitando diretamente o comportamento pró-suicida páginas que delineiam planos suicidas (métodos ou limiar de dor) contribuem indiretamente para o comportamento através do efeito contágio. (Biddle, Donovan, Hawton, Kapur & Gunnel, 2008) (Harris & Roberts, 2013) (Cedaro & Nascimento, 2013) (Moreno, Ton, Selkie & Evans, 2016). Uma ressalva importante é que no Brasil induzir o comportamento suicida é crime contra a vida previsto pelo artigo 122 do Código Penal Brasileiro (Código Processo Penal, 1941).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo destaca questões relevantes da comunicação suicida no ambiente *on-line*: encontrou-se comunicação *on-line* acerca do *continuum* do comportamento suicida, ainda, evidenciou-se vulnerabilidades para o comportamento. Através desse estudo percebe a necessidade de ações maiores e mais eficazes de prevenção em saúde na *internet* e a aproximação do uso da *internet* como ferramenta no cuidado em saúde, pois frente a grande conectividade atual, só assim será possível abarcar as necessidades do sujeito/sociedade em toda sua nova complexidade. Como limitações destacam-se questões relacionadas principalmente a coleta de dados, como o tempo de coleta e a coleta de postagens isoladas, sendo necessário um acompanhamento maior dos participantes do grupo e a análise das postagens de acordo com o sujeito singular e seu papel no grupo. Dessa forma, verifica-se a necessidade de novos estudos relacionados aos grupos em redes sociais virtuais e a comunicação suicida.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). Suicídio: informando para prevenir. Brasília: ABP. Recuperado a partir de: http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf

Bardin, L. (1977) Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70

Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N. & Gunnel, N. (2008) Suicide and the *internet*. Britih Medical Journal, 336(12), 800-802.

Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia Usp, 25(3): 231-236.

Botega, N. J., Barros, M. B., Oliveira, H. B., Dalgalarrondo, P., Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1):45-53.

Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M. & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*,;33:395–405

Cedaro, J. J. & Nascimento, J. P. G. (20013). *Dor e Gozo*: Relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24 (2), 203-223.

Código Processo Penal (1941). Decreto de lei n. 2.848, de 1940/12/07. (19a ed.). São Paulo, SP: Saraiva.

Da Cruz, D., Pearson, A., Saini, P,.Miles, C., While, D., Swinso, N., … Kapur, N. (2011). Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. Emergency Medicine Journal, 28:467–71. doi:10.1136/emj.2009.081869

Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., Patterson, C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM—III—R Axis I disorder. Case—control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*,175, 175 -179.

Fukumitsu, K. O., Abilio, C. C. C; Lima, C. F. da S., Gennari, D. M., Pellegrino, J. P. & Pereira,T. L. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, *02*(02).

Gomes, J. O., Baptista, M. N., Carneiro, A. M. & Cardoso, H. F. (2014). Suicídio e *internet*: análise de resultados em ferramentas de busca. *Psicologia e Sociedade*, 26(1): 63-73.

Gunn, J. F &, Lester, D. (2012). Twitter postings and suicide: An analysis of the postings of a fatal suicide in the 24 hours prior to death. *Suicidology*, 17 (3): 28-30.

Harris, I. M.. & Roberts, L. M. (2013). *Exploring the Use and Effects of Deliberate Self-Harm Websites:* An *Internet*-Based Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12): 285.

Hawton,, K., Saunders, K. E. A. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379 (9834): 2373-82.

Klonsky, E. D., Alexis, M. M. & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annual Review Clinical Psychology, 12:307-330.

Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylma, J., Tolmunen, T. & Hintikka, J. (2209). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 44:23-28.

Loureiro, P. R. A., Mendonça, M. A. & Sachsida, A. (2010). *Os determinantes econômicos do suicídio: um estudo para o Brasil*. Rio de Janeiro. Recuperado a partir de: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1487.pdf

McMahon E. M., Keeley, H., Cannon, M., Arensman, E., Perry, I. J., Clarke, M., … Corcoran, P. (2014). The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. Social Pssychiatric and Psychyatric Epidemiology, 49(12): 1929-35.

Marhan, A.M., Sãucan, D., Popa, C., Danciu, B. (2012). Searching Internet: A report on accessibility, nature, and quality of suicide-related information. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33: 373-377.

Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M. & Lonnqvist, J. K. (1994). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 33: 490–97.

Minayo, M. C. de D. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3):239-262.

Ministério da Saúde. (2006). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Recuperado a partir de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Moreno, M. A., Ton, A., Selkie, E. & Evans, Y. (2016). Secret Society 123: Understanding the Language of Self-Harm on Instagram. *Journal of Adolescent Health*, 58: 78-84.

Niezen, R (2013). *Internet* suicide: Communities of affirmation and the lethality of communication. *Transcultural Psychiatry*, 50(2): 303–322.

Pandey, G.N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524-41.

Noll, J. G., Howitz, L. A., Bonanno, G. A., Tricketti, P. K. & Putnan, F. K. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*,18(12):1452-71.

Oliveira, D. C. de. (2008) Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(4): 569-76.

Organização Mundial de Saúde. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OMS. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Reynolds, W. M. (1991). Psychometric Characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in College Students. *Journal of PersonalityAssessment*, 56(2): 289-307.

Ritchie, C. W., King, M. B., Nolan, F., O'Connor, S., Evans, M., Toms, N., … Blanchard, M. (2011). The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. International Psychogeriatrics, 23(2): 299–307.

Sourander, A., Klomek, A. B., Niemela, S., Haavisto, A., Gyllenberg, D., Helenius, H., … Gould, M.S. (2009). Childhood predictors of completed and severe suicide attempts: findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. *Archives of General Psychiatry*, 66: 398–406.

Sueki, H. (2015). The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: A cross-sectional study of young *internet* users in Japan. *Journal of Affective Disorders* 170: 155–160.

Tam, J., Tang, W.S. & Fernando, D.J.S. (2007). The *internet* and suicide: A double-edged tool. *European Journal of Internal Medicine*, 18: 453–455.

LIMITAÇÕES

7 LIMITAÇÕES

Em relação às limitações do estudo, ressaltamos o curto período de análise das postagens, evidenciando a necessidade de estudos longitudinais para melhor avaliar a mudanças dos participantes em relação ao tempo de permanência no grupo. Também destacamos a falta de interação com os participantes do grupo, sendo propicio ouvi-los sobre a participação no grupo, saber sobre os aspectos positivos e negativos no discurso dos próprios participantes. Nossa pesquisa esteve objetivada nas postagens aleatórias, ou seja, a análise das postagens não teve associação com o participante que postou, sendo interessante acompanhar os depoimentos a partir do indivíduo e analisar as várias postagens que um mesmo participante pode postar. Ainda colocamos a necessidade de estudos em diferentes contextos (comunidade, escola, serviço de saúde) com outros grupos (adolescentes, crianças, adultos, idosos) e com a rede de apoio (família, profissionais da saúde e educação) a fim de elaborar uma melhor compreensão do fenômeno e de diversas perspectivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo oportunizam conhecer o comportamento autolesivo não suicida a partir do ciclo vital e em um novo lócus, atualmente tão comum na contemporaneidade, a *internet*. Em relação aos fatores de risco para a autolesão no ciclo vital, o estudo evidenciou que existem generalidades presentes em todas as etapas do desenvolvimento humano, bem como fatores específicos que se apresentam particularmente em cada fase do ciclo de vida e de acordo com especificidades de cada gênero. Ainda, os resultados retratam o conceito polissêmico da autolesão não suicida que evidencia a complexidade da manifestação do comportamento, sendo que diferentes definições obstem a compreensão do comportamento, principalmente na prática profissional, tornando-se um fator limitante para seu estudo.

Em relação ao estudo nas redes sociais virtuais, o estudo aponta características importantes do perfil dos participantes de um grupo de autolesão não suicida. Sendo maior frequência do gênero feminino, estudantes, status de relacionamento solteiro e residentes na região sudeste. Tais características evidenciam representações identitárias comumente relacionadas à adolescência, período de busca de referências para formação individual e social. A definição de tais características auxilia na construção de medidas para prevenção da ocorrência de automutilação e no manejo pelos profissionais de casos de automutilação.

Em relação às características estruturais do grupo de autolesão na rede social vitual verificou-se que o grupo possui comportamento social próprio, apoiado em pilares comuns a grupos sociais, como cooperação, identificação e apoio mútuo. Ainda, constatou-se o reconhecimento da automutilação como patologia e o sofrimento que a mesma causa. Entretanto, ressalta-se a presença de aspectos que evidenciam a vulnerabilidade desses adolescentes, como os transtornos alimentares, a prática de automutilação e isolamento social; bem como aspectos que fornecem vulnerabilidade, como influência por ídolos ou pelos pares, efeito contágio e gatilho, causados por fotos e/ou postagens.

Neste estudo foi também possível elencar as principais características na dinâmica de um grupo de autolesão em rede social virtual sendo que os dados encontrados corroboram com estudos anteriores evidenciando que grupos de automutilação *online* atuam sob a égide de duas principais vertentes: ambiente de ajuda mútua e ambiente que propicia comportamentos de risco. É importante frisar que na descrição do grupo estudado consta que o objetivo do mesmo é ajudar praticantes do comportamento autolesivo, contudo o grupo também opera em sentido contrário, sendo importante questão a ser enfrentada.

O estudo também evidenciou a questão da comunicação no *continuum* do comportamento suicida no grupo de automutilação e as vulnerabilidades para o comportamento. Destacando a necessidade ações mais eficazes de prevenção em saúde na *internet* e a aproximação do uso da *internet* como ferramenta no cuidado em saúde, pois frente a grande conectividade atual, só assim será possível abarcar as necessidades do sujeito/sociedade em toda sua nova complexidade.

Sabe-se sobre o aumento expressivo da busca de informações e participação em fóruns e grupos sobre autolesão, assim, os resultados do estudo são ferramentas importantes para a compreensão do comportamento autolesivo não suicida nas redes sociais virtuais. Espera-se que os estudos contribuam com práticas de prevenção e principalmente com informações para profissionais da área da saúde e educação para propiciar na identificação de casos, manejo e apoio à adolescentes com o comportamento. Ressalta-se a importância de trabalhar a escola como ambiente potencializador de prevenção e promoção da autolesão e relevância do trabalho apoiado em redes (família, escola, saúde, arte, religiosidade). Além da necessidade de estudos de avaliação das estratégias de prevenção do comportamento autolesivo propostos como ferramenta de ajuda pelas redes sociais virtuais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BAKER, Thomas G., LEWIS, Stephen P. Responses to online photographs of non-suicidal selfinjury: a thematic analysis. **Archives of Suicide Research**, v.17, n. 3, p. 223–35, 2013.

BARDIN, Laurenci. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUME, Pierre; CANTOR, Christopher H.; ROLFE, Andrew**.** Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the *Internet*. **Crisis**, v. 18, n. 2, p. 73-9, 1997.

BRAGAZZI, Nicola Luigi. A Google Trends-based approach for monitoring NSSI. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 7, n. 30 , p.1–8, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CAVANAGH Jonathan, *et al*. Psychological autopsy studies of suicide*:* A systematic review. **Psychological Medicine**, v. 33, n.5, p.395–405, 2003.

CEDARO, José Juliano; NASCIMENTO, Josiana Paula Gomes do. Dor e Gozo**:** Relatos de mulheres jovens sobre automutilações**. Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 203-23, 2013.

CORRÊA, Cynthia Harumy Watanabe. **Comunidades virtuais gerando identidades na sociedade em rede.** São Paulo – 2004. 10 p. Disponível em: <http://www.uff.br/mesteei/cyntial.htm> Acessado em: 15 de novembro de 2014.

CRUZ, Ruleandson Carmo. **Redes sociais virtuais de informação sobre amor:** Comportamento e cultura informacional de usuários do Orkut**.** 2011. 324 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Belo Horizonte, 2011.

DA CRUZ, Damian. et al. *E*mergency department contact prior to suicide in mental health patients. **Emergency Medicine Journal**, v. 28, p. 467–71, 2011.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência*:* um problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, sup., p. 1163-78, 2007.

DINAMARCO, Adriana Vilano. **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**. 2011. 182 f. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. São Paulo, 2011.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento *et al*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FAVAZZA, Armando. The coming of age of self-mutilation. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 186, n. 5, p. 259-68, 1998.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcelos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOSTER, Tom. e*t al.*. Risk factors for suicide independent of DSM—III—R Axis I disorder. Case—control psychological autopsy study in Northern Ireland. British. **Journal of Psychiatry**, v. 175, p. 175 -179, 1999.

GIUSTI, Jackeline Suzie. **Automutilação***:* características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo. 2013. 133f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, São Paulo, 2013.

GRATZ, Kim. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. **Journal Psychopathology and Behavioral Assesment**, v. 23, n. 4, p. 1-11, 2001.

GROOVER, Sandeep *et. al*. Religious coping among self-harm attempters brought to emergency setting in India. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 23, p. 78–86, 2016.

HARRIS, Isobel Marion; ROBERTS, Lesley Martine. Exploring the Use and Effects of Deliberate Self-Harm Websites*:* An *Internet*-Based Study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 15, n. 12, p. e-285, 2013.

HAWTON, Keith; SAUNDERS, Kate E.; O'CONNOR, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. **Lancet**, v. 379, n 9834, p. 2373–82, 2012.

HAYTHORNTHWAITE, Caroline. Social networks and *internet* Connectivity effects. **Information, Communication & Society***.* v. 8, n. 2, p. 125–47, 2005.

KIRMAYER, Laurence J.; RAIKHEL, Eugene; RAHIMI, Sadeq. Cultures of the *Internet*: Identity, community and mental health. **Transcultural Psychiatry**, v. 50, n. 2, p. 165–91, 2013.

LEE, Woo Kyeong. Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 23, p. 119–124, 2016.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. Tradução Carlos Irineu da Costa. São Paulo: Editora 34, 2009.

LEWIS, Stephen; HEATH, Nancy L.; DENIS, Jill.M.*et al.* The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. **Pediatrics**, v. 127, n. 3, p. 552-557, 2011

LINEHAN, Marsha M. *et al.* Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n 7, p. 757-66, 2006.

MARS, Becky. *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, 2015.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação, Brasília**, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa*:* teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-26, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 3, p. 239-262,1993.

MORENO, Megan A. *et al*. Secret Society *123*: Understanding the Language of Self-Harm on Instagram. **Journal of Adolescent Health**, v. 58, n.1, p. 78-84, 2016.

NOCK, Mathew. Self-injury. **Annual Review Clinical Psychology**, v. 6 n. 1, p. 339–63, 2010.

NOCK, Mathew; PRINSTEIN MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. **Journal Consulting and Clinical Psychology**, v. 72, n. 5, p. 885-90, 2004.

NOCK, Mathew K. *et al.* Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, Reliability, and Validity in an Adolescent Sample. **Psychological Assessment**, v. 19, n. 3, p.309 –317, 2007.

NOOY, Wouter; MRVAR, Andrej; BATAGELJ, Vladimir. **Exploratory Social Network Analisys with Pajek**. New York: Cambridge University Press, 2005.

O'CONNOR, Rory C., RASMUSSEN, Susan, HAWTON, Keith. Adolescent self-harm: a school based study in Northern Ireland. **Journal Affective. Disorders**, v. 159, p. 46–52, 2014.

OLIVEIRA, Denise Cristina. Análise de Conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

RECUERO, Raquel. **Redes sociais na *internet***. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RECUERO, Raquel; SOARES, Pricilla. Violência simbólica e redes sociais no facebook: o caso da *fanpage* "Diva Depressão". São Paulo. **Galaxia**, n. 26, p. 239-254, 2013.

RITCHIE, Craig *et al*. The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. **International Psychogeriatrics**, v. 23, n.2, p. 299–307, 2011.

SILVERMAN, David. **Interpretação de dados qualitativos:** Métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3 ed.Porto Alegre: Artmed; 2009.

SKEGG, Keren. Self-harm. **Lancet**, v. 366, p. 1471–83, 2005.

SMITHSON, Janet *et al*. Membership and Boundary Maintenance on an Online Self-Harm Forum. **Qualitative Health Research**, v. 21, n. 11, p. 1567-75, 2011.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

SUEKI, Hajime. The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: A cross-sectional study of young *internet* users in Japan. **Journal of Affective Disorders**, v. 170, n. 1, p. 155–160, 2015.

TOWNSEND, E. *et* al. Uncovering key patterns in self-harm in adolescents: Sequence analysis using the Card Sort Task for Self-harm (CaTS). **Journal of Affective Disorders**, v. 206, p. 161–168, 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

WONG, Paul Wai-Ching *et. al*. Accessing Suicide-Related Information on the *Internet*: A Retrospective Observational Study of Search Behavior. **Journal of Medical *Internet* Research**, v. 15, n. 1, p. e3, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PESQUISA QUALITATIVA

Formulário de Coleta de Dados - TEXTO

Data	Nome Membro	Nome Fictício	Depoimento	Comentários		
				Data		
				Nome /Nome Fictício		
				Data		
				Nome /Nome Fictício		
				Data		
				Nome /Nome Fictício		
				Data		
				Nome/Nome Fictício		

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PESQUISA QUALITATIVA

Formulário Coleta de Dados - IMAGEM

Data	**Nome Membro**	**Nome Fictício**	**Imagem**	**Comentários**		
				Data		
				Nome /Nome Fictício		
				Data		
				Nome /Nome Fictício		
				Data		
				Nome /Nome Fictício		
				Data		
				Nome/Nome Fictício		

APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Nadja Cristiane Lappann Botti, portadora do CPF nº 438.207.195-04 e Aline Conceição Silva, portado do CPF nº 108.839.076-58 pesquisadoras responsáveis pelo projeto "Comportamentos Autolesivos nas Redes Sociais Virtuais", solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu – CEPES/CCO a dispensa da utilização do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** para realização deste projeto tendo em vista o subitem IV. 8, do item sobre Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, em que torna-se justificada a dispensa de TCLE quando o mesmo for inviável e sua obtenção signifique risco aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Divinópolis, 15 de janeiro de 2015.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS

CEPES CCO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI - CAMPUS CENTRO

PlataForma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamentos Autolesivos nas Redes Sociais Virtuais
Pesquisador: Nadja Cristiane Lappann Botti
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 41768615.6.0000.5545
Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 975.511
Data da Relatoria: 19/03/2015

Apresentação do Projeto:
Comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante em adolescentes do sexo feminino. Recentemente as páginas da web sobre automutilação têm aumentado junto com o aumento da acessibilidade e desenvolvimento da Internet. A pesquisa será desenvolvida em 2 etapas: estudo qualitativo e quantitativo. O campo de estudo será o grupo "Projeto Borboleta" do Facebook, que tem atualmente 7.471 membros. Dados qualitativos serão imagens e textos publicados pelos participantes do grupo e posteriormente analisados pelo programa WebQDA e Análise do Discurso mediada pelo computador. Será desenvolvida análise de rede social pelo software Pajek, capaz de traçar relações entre associação de pessoas. Dados quantitativos serão coletados através de informações contidas nos perfis dos participantes do grupo e serão analisadas de acordo com variáveis sociodemográficas e de comportamento autolesivo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Analisar comportamento de automutilantes em grupo de Facebook.
Objetivo Secundário: Caracterizar perfil dos participantes deste grupo de automutilação; identificar características identitárias entre participantes deste grupo; identificar composição, estrutura e dinâmica deste grupo através da análise de imagens, depoimentos postados e comentários dos participantes do grupo.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Identificação e exposição dos sujeitos, especialmente na divulgação científica. No entanto, reafirma-se o compromisso da garantia da preservação do anonimato dos participantes em todas as etapas da pesquisa, bem como os princípios de dignidade, autonomia, proteção e segurança.

Benefícios: a pesquisa torna-se significativa ao abordar tema e ambiente pouco estudados, mas com enorme relevância. A pesquisa oferece elevada possibilidade de gerar subsídios para construção do conhecimento sobre automutilação, bem como meios para caracterização de grupos de riscos para automutilação e produção de estudos sobre prevenção e manejo desses sujeitos. Além de fomentar novos estudos sobre o assunto. Ainda, ratifica que seus benefícios serão superiores ou equivalentes as alternativas já existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pede-se manter sigilo da íntegra do projeto de pesquisa por 6 meses.

Hipótese: Há características identitárias entre os automutilantes em grupo de FACEBOOK.

Critério de Inclusão: Estudo Qualitativo: Inclusão de postagens relacionadas estritamente à automutilação referentes à 2013 e 2014; postagens acima de 10 comentários. Estudo Quantitativo: seleção dos perfis dos membros mais antigos e perfis mais recentes dentre 2013 e 2014.

Critério de Exclusão: Perfis dos administradores do grupo.

Metodologia Proposta: 2 etapas, sendo 1 estudo qualitativo e 1 estudo quantitativo. Base de dados será o Facebook, especificamente o grupo "Projeto Borboleta" como grupo de estudo, pois tem número relevante de participantes, fotos e depoimentos diários. Grupo foi criado em prol aos automutilantes, funciona como espaço de apoio, troca de informações, histórias e relatos de vivências frente a tal prática, não sendo necessário se automutilar para pertencer ao grupo, mas ter o desejo de ajudar os membros. Os dados qualitativos serão imagens e textos postados no grupo. Coleta de dados será retrospectiva dentre 2013 e 2014. A saturação foi o método escolhido para determinar o momento de finalizar captação de dados. Para coleta de dados foi elaborado uma sociomatriz, instrumento específico para o projeto de pesquisa, que subsidiará a construção do banco de dados. Os dados quantitativos serão coletados retrospetivamente, referentes à 2014 da mesma base de dados. Segundo cálculo amostral com 5% de erro e 95% de nível de confiança no universo de 7.471 participantes terá como amostra nesta pesquisa a análise de 366 perfis. Essa

amostra será dividida igualmente entre perfis mais antigos e mais novos. A listagem dos participantes para coleta de dados será definida aleatoriamente por sorteio. Para coleta de dados será utilizado formulário construído especificamente para a pesquisa. O formulário tem questões encontradas nos perfis dos membros do grupo, como: sexo, idade, escolaridade, localização geográfica, vínculo empregatício e relacionamento. Os dados que serão coletados, são dados públicos. Não haverá interação entre pesquisador e pesquisado para solicitar qualquer informação.

Metodologia de Análise de Dados: A análise descritiva dos dados qualitativos será mediada pelos softwares: Pajek e WebQDA. O Pajek é destinado a análise e visualização de redes de grande porte com amplo número de vértices. Ele analisa interação de atores em determinado grupo resultando em redes demonstradas em forma de gráficos. O WebQDA é um software de apoio à análise de dados qualitativos num ambiente colaborativo e distribuído, dando ao pesquisador uma área para discutir colaborativamente seu projeto. O investigador pode editar, visualizar, interligar e organizar documentos, compartilhar informações com vários investigadores com acesso à plataforma para responder questões da investigação. WebQDA auxilia na formulação de perguntas que não seria possível formular manualmente, buscando compreensão e padrões dos dados categorizados com validade interna e externa. O questionamento de dados e a classificação de relações para construir modelos têm vantagens diferenciadas em relação às análises sem o uso de um software específico. Para melhor captação dos significados dos dados qualitativos, também será utilizada a Análise de Discurso Mediada pelo Computador, cujo foco está na linguagem em uso no ambiente online. Para o presente estudo serão escolhidos 05 depoimentos publicados no grupo, sendo a escolha definida a partir da maior repercussão destes posts. Os dados serão transferidos para planilhas do Excel e analisados estatisticamente, utilizando-se SPSS 17.0. Para análise dos resultados será utilizado o qui-quadrado para verificação de diferenças estatisticamente significantes. Será estabelecido um nível de significância de 5%, porém como se trata de estudo exploratório, optou-se por incluir, na apresentação e discussão dos resultados, as diferenças marginalmente significantes, isto é, aquelas com nível de significância de 10%. Os resultados dos estudos serão analisados pelos referenciais da Análise de Rede Social (ARS), Sociedade do Espetáculo e Sociedade do Consumo.

Desfecho Primário: Características do comportamento de automutilantes em grupo de facebook.

Desfecho Secundário: Características do perfil dos automutilantes em grupo de facebook;

características identitárias entre os participantes do grupo; características da composição, estrutura e dinâmica do grupo através da análise de imagens, depoimentos e comentários dos participantes do grupo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto OK. Pedido de Dispensa de TCLE de acordo com subitem IV.8 do item sobre TCLE da resolução 466/2012, em que torna-se justificada a dispensa quando o TCLE for inviável e sua obtenção signifique risco aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

DIVINOPOLIS, 05 de Março de 2015

Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br

ANEXO B – APROVAÇÃO EMENDA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

CEPES CCO

CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU - CCO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE

PlataForma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Comportamentos Autolesivos nas Redes Sociais Virtuais
Pesquisador: Nadja Cristiane Lappann Botti
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 41768615.6.0000.5545
Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.422.873

Apresentação do Projeto:
Comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante em adolescentes do sexo feminino. Recentemente as páginas da web sobre automutilação têm aumentado junto com o aumento da acessibilidade e desenvolvimento da Internet. A pesquisa será desenvolvida em 2 etapas: estudo qualitativo e quantitativo. O campo de estudo será o grupo "Projeto Borboleta" do Facebook, que tem atualmente 7.471 membros. Dados qualitativos serão imagens e textos publicados pelos participantes do grupo e posteriormente analisados pelo programa WebQDA e Análise do Discurso mediada pelo computador. Será desenvolvida análise de rede social pelo software Pajek, capaz de traçar relações entre associação de pessoas. Dados quantitativos serão coletados através de informações contidas nos perfis dos participantes do grupo e serão analisadas de acordo com variáveis sociodemográficas e de comportamento autolesivo.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Analisar comportamento de automutilantes em grupo de Facebook.
Objetivo Secundário: Caracterizar perfil dos participantes deste grupo de automutilação; identificar características identitárias entre participantes deste grupo; identificar composição, estrutura e dinâmica deste grupo através da análise de imagens, depoimentos postados e comentários dos participantes do grupo.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houveram alterações na relação risco x benefício daqueles já apresentados pelo protocolo de pesquisa anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda referente ao Estudo Qualitativo (1º estudo do projeto). Os autores justificam: 1- Em detrimento da desativação do software WebQDA (software de apoio à análise de dados qualitativos) (página 13 do Projeto Original) solicitamos a substituição da análise dos dados qualitativos pelo referencial da Análise de Conteúdo de Bardin; 2- Em função da coleta de dado ser realizada em janeiro de 2016 solicitamos a substituição do ano de 2014 por 2015, sendo então o tempo de coleta de dados modificados de 2013 e 2014 (página 11 do Projeto Original) para 2013 e 2015, Esclarecemos que tais solicitações não inviabilizam ou modificam os objetivos do estudo(página 09 do Projeto Original). Ressaltamos que não haverá mudanças quanto à base de dados para coleta do estudo, portanto será mantida a Rede Social Virtual Facebook, especificamente o grupo "Projeto Borboleta" (página 10 do Projeto Original) como também os dados qualitativos continuam ser imagens e textos postados pelos membros do grupo, sendo que as imagens referem-se as imagens postadas junto aos depoimentos e os textos referem-se aos depoimentos e comentários do mesmo (página 11 do Projeto Original).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não houveram alterações.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_646109_E1.pdf	16/12/2015 17:45:07		Aceito
Outros	Carta pendências CEPES.pdf	04/03/2015 23:49:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI.pdf	05/02/2015 18:41:42		Aceito

CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU - CCO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE

Continuação do Parecer: 1.422.873

Justificativa de Ausência	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI.pdf	05/02/2015 18:41:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Final.pdf	05/02/2015 18:33:19		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	05/02/2015 18:30:27		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

DIVINOPOLIS, 24 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br