



Universidade Federal  
de São João del-Rei

**CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM**  
**ENFERMAGEM – PPGENF**

**Paulo Henrique Nogueira da Fonseca**

**ADOLESCENTES CONTEMPORÂNEOS: QUESTÕES SOBRE OS**  
**DESDOBRAMENTOS SUBJETIVOS DA AUTOLESÃO**

**DIVINÓPOLIS**

**2019**

**PAULO HENRIQUE NOGUEIRA DA FONSECA**

**ADOLESCENTES CONTEMPORÂNEOS: QUESTÕES SOBRE OS  
DESDOBRAMENTOS SUBJETIVOS DA AUTOLESÃO**

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: Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

**DIVINÓPOLIS**

**2019**

**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)

F676a Fonseca, Paulo Henrique Nogueira da .  
Adolescentes contemporâneos : questões sobre os  
desdobramentos subjetivos da autolesão / Paulo  
Henrique Nogueira da Fonseca ; orientadora Nadja  
Cristiane Lappann Botti. -- Divinópolis, 2019.  
93 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del  
Rei, 2019.

1. Autolesão não suicida. 2. Adolescentes. 3.  
Saúde Mental. I. Botti, Nadja Cristiane Lappann ,  
orient. II. Título.

Nome: Paulo Henrique Nogueira da Fonseca

Título: Adolescentes contemporâneos: questões sobre os desdobramentos subjetivos da autolesão

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 2019.

Banca examinadora

Profª. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Assinatura:

Prof. Dr.: André Faro Santos

Instituição: Universidade Federal de Sergipe

Assinatura:

Prof. Dr.: Alisson Araújo

Instituição: Universidade Federal de São João Del-Rei

Assinatura:

A meu pai (saudades meu velho!) e a minha mãe, que não saberiam se perguntados, fiéis à brandura dessa gente do campo, responder o que é um mestrado. Mas que ainda assim indicaram, desde a infância, o caminho ao inconstante estudante, apoiando nos meus entusiasmos e insistindo quando a escola me parecia um sacrifício desnecessário. Sem muitos estudos, coube-lhes a sabedoria desses mestres que sabem formatar o coração, os sentimentos, a fé, a índole, o caráter e a disposição.

A minha esposa Daniela, com quem pude partilhar do mestrado os sabores e dissabores. Compreendo que você sempre me poupou amavelmente de muitas situações para não me roubar a paz, contentou-se com a minha medida oferecida quando o trabalho e os estudos tomavam boa parte.

E por último, apesar de ser modesta esta obra, aprendi com o poeta que “deveríamos ser gratos a Deus por não nos dar tudo o que lhe pedimos” (William Shakespeare). Assim, a Deus, por dar a aptidão para edificar a pequena obra.

***Dedico***

## AGRADECIMENTOS

Quis a vida, que esta dissertação, assim como o mestrado, fosse um afazer paralelo a outros, como o trabalho e as obrigações pessoais, destes que a gente não pode abrir mão em determinado momento da vida. Quis a vida, mas, não antes de eu querer. E eu quis com convicção o mestrado, o tema e as parcerias inerentes a ele, ou, as que surgiram a partir dele. Assim com o ardor dos dias nos últimos dois anos, quando bateu o cansaço, quando as ideias fugiam ou vagavam, quando o dia parecia ficar pequeno pelo excesso na agenda, ou quando vinha o desejo de descansar e conversar sobre assuntos do cotidiano para espairecer as ideias, eu pude contar com pessoas que contribuíram nesta etapa da vida. Sei que algumas ficarão, outras se afastarão, e tenho dito e tenho-me alvitado, que é mérito desfrutar ao máximo as pessoas que gostamos no dia a dia, pois, se contextos mudam, e assim círculos de amizade mudam, ao menos tive a chance de deixar em alguém e alguém em mim deixar... afetos.

Agradeço a você Nadja, minha orientadora (também como adjetivo) desde o Programa de Residência em Saúde do Adolescente. Você é destas raras orientadoras que, quando faço o esparramado, você consegue juntar; quando trago as incertezas e inseguranças, você convence que vai dar certo; quando chego com as dificuldades, você facilita. E o diferencial mesmo é naquelas horas em que quebra as tensões das orientações com assuntos mais importantes, como o futuro do país ou simplesmente com o convite “vamos tomar um café”. Lembro-me que, depois de horas filosofando junto aos seus, condenado a morrer tomando cicuta, as últimas palavras de Sócrates foram “Critão, devemos um galo a Asclépio. Não te esqueças de saldar essa dívida!”. Nadja, não deve ser coincidência lembrar-me de você na sensibilidade daquele filósofo em administrar tensões. Obrigado pelo apoio, palavras, correções e amizade.

Agradeço à Isabela, companheira de mestrado, sempre amigável, solícita e atenciosa quando eu buscava alguém para trocar impressões e ideias.

À Daniela Brum, também companheira de mestrado, flexível e cortês em muitas situações que precisei recorrer.

Ao Mateus Germano, aluno de iniciação científica, pela ajuda e disponibilidade quando solicitado. Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/FAPEMIG.

Aos professores Alisson Araújo e Jacqueline Machado que durante o mestrado sempre deram palavras de incentivo, além do apreço da convivência em momentos distintos.

À Jacqueline Almeida, da Secretaria de Mestrado, pela cordialidade e competência.

À direção da Escola Estadual Martin Cyprien, pela abertura e acolhida.

Aos alunos que participaram da pesquisa. A melhor parte deste trabalho foi o contato com vocês. A contribuição de vocês nunca pode ser em vão, e é o sentido para este trabalho.

Ao amigo Brener, por ter me apresentado e me convidado para a oficina de teatro através do mestrado. O inesperado tem sabor especial.

A alguns corro o risco de esquecer e ser injusto. Quanto a outros vou lembrar sempre e em todas as etapas da vida: pai (in memoriam), mãe, irmãos, cunhados, sobrinhos... Pessoas que nos fazem lembrar que a vida não é feita (só) de trabalho e projetos.

A Daniela, minha esposa, pela companhia, auxílio e incentivo durante o mestrado.

“Procura em teu coração aquilo que Deus gosta” (Agostinho). Assim, a Deus, que eu, imperfeito, orientado pelo coração, campeio alguma exatidão, tentando apenas ser melhor do que já fui.

## RESUMO

FONSECA, P.H.N. Adolescentes contemporâneos: questões sobre os desdobramentos subjetivos da autolesão. Dissertação (Mestrado). Divinópolis: Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei; 2019.

**Introdução:** Muitos comportamentos ligados à doença, lesões, mortalidade ou outros resultados negativos têm sua origem na adolescência. Dentre esses comportamentos, existe a constatação do aumento da prática do comportamento de autolesão não suicida entre adolescentes, tornando-se um indicador que tem se acentuado como um problema de saúde pública. O comportamento de autolesão ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante em adolescentes, sobretudo do sexo feminino. Vários são os fatores de riscos acentuados entre os adolescentes, como, características da personalidade, transtornos psiquiátricos, problemas sociais, problemas familiares, o uso de substâncias psicoativas, etc. Apesar da constatação do aumento do comportamento autolesivo na adolescência, há poucos estudos na literatura que se ocuparam em pesquisar junto aos adolescentes os significados e as representações que eles têm sobre o comportamento. O **objetivo** deste trabalho é analisar os significados atribuídos à prática de autolesão não suicida entre adolescentes. Como **método**, foi realizada uma pesquisa exploratória, de perspectiva qualitativa, e que focaliza as representações sociais por meio de entrevistas que possibilitam a análise de conteúdo. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. Participaram da pesquisa os adolescentes entre 10 e 14 anos matriculados na escola escolhida para a pesquisa. O referencial de análise utilizado foi a análise de conteúdo temático categorial. Os **resultados** apontam que a autolesão não suicida é representada como um dano ao próprio corpo, está envolta por problemas e sofrimentos e aparece com uma forma de enfrentamento ou expressão emocional. Verificam-se por outro lado muitas atitudes de desaprovação, naturalização, preconceito e julgamento que desqualificam sofrimento inerente presente na autolesão não suicida. **Conclui-se** que para prevenir ou cessar o comportamento autolesivo, diretrizes baseadas em consenso, desenvolvidas por um grupo de profissionais, podem apontar um conjunto de recomendações e intervenções a adolescentes envolvidos em comportamentos autolesivos. As intervenções devem priorizar a identificação de adolescentes em sofrimento, com consequente espaço ofertado para a ressignificação dos problemas, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e gerenciamento das emoções, além de incluir o apoio sem julgamento por parte de familiares e pessoas próximas aos adolescentes.

**Palavras-chave:** Autolesão não suicida; Adolescentes; Saúde Mental



## ABSTRACT

FONSECA, P. H. N. Contemporary adolescents: questions about the subjective unfolding of self-injury. Dissertation (MS). Divinópolis: Academic Program Master's in Nursing, Federal University of São João del Rei; 2019.

**Introduction:** Many behaviors linked to illness, injury, mortality or other negative results have their origin in adolescence. Among these behaviors, there is an increase in the practice of non-suicidal self-injury behavior among adolescents, becoming an indicator that has become more pronounced as a public health problem. The non-suicidal self-injury behavior occurs in several age groups, being predominant in adolescents, especially females. There are several risk factors for adolescents, such as personality traits, psychiatric disorders, social problems, family problems, the use of psychoactive substances, etc. Despite the increase in self-injurious behavior in adolescence, few studies in the literature have investigated adolescents' meanings and representations about behavior. The **objective** of this study is to analyze the meanings attributed to the practice of non-suicidal self-injury among adolescents. As a **method**, an exploratory research was carried out, from a qualitative perspective, and focused on social representations through interviews that enable content analysis. The instrument used was a semi-structured interview. Adolescents between the ages of 10 and 14 enrolled in the chosen school participated in the research. The analytical framework used was the categorical thematic content analysis. **The results** show that non-suicidal self-injury is represented as a damage to one's own body, is surrounded by problems and sufferings and appears with a form of confrontation or emotional expression. On the other hand, there are many attitudes of disapproval, naturalization, prejudice and judgment that disqualify the inherent suffering present in non-suicidal self-injury. **It is concluded** that in order to prevent or stop self-injurious behavior, consensus-based guidelines developed by a group of professionals can point to a set of recommendations and interventions for adolescents involved in self-injurious behaviors. Interventions should prioritize the identification of suffering adolescents, with consequent space offered for the re-signification of the problems, the development of communicational skills and emotional management, as well as to include support without judgment by relatives and people close to adolescents.

**Keywords:** Non-suicidal Self-injury; adolescent; Mental Health.

## RESUMEN

FONSECA, P. H. N. Adolescentes contemporáneos: cuestiones sobre los desdoblamientos subjetivos de la autolesión. Master (MS). Divinópolis: Maestro Programa Académico de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de São João del Rei; 2019.

**Introducción:** Muchos comportamientos relacionados con la enfermedad, lesiones, mortalidad u otros resultados negativos tienen su origen en la adolescencia. Entre estos comportamientos, existe la constatación del aumento de la práctica del comportamiento de autolesión no suicida entre adolescentes, convirtiéndose en un indicador que se ha acentuado como un problema de salud pública. El comportamiento de autolesión ocurre en diversas franjas etarias, siendo predominante en adolescentes, sobre todo del sexo femenino. Varios son los factores de riesgo acentuados entre los adolescentes, como, características de la personalidad, trastornos psiquiátricos, problemas sociales, problemas familiares, el uso de sustancias psicoactivas, etc. A pesar de la constatación del aumento del comportamiento autolesivo en la adolescencia, hay pocos estudios en la literatura que se ocuparon en investigar junto a los adolescentes los significados y las representaciones que ellos tienen sobre el comportamiento. El **objetivo** de este trabajo es analizar los significados atribuidos a la práctica de autolesión no suicida entre adolescentes. Como **método**, se realizó una investigación exploratoria, de perspectiva cualitativa, y que focaliza las representaciones sociales a través de entrevistas que posibilitan el análisis de contenido. El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada. Participaron de la investigación a los adolescentes entre 10 y 14 años matriculados en la escuela elegida para la investigación. El referencial de análisis utilizado fue el análisis de contenido temático categorial. **Los resultados** apuntan que la autolesión no suicida es representada como un daño al propio cuerpo, está envuelta por problemas y sufrimientos y aparece con una forma de enfrentamiento o expresión emocional. Se verifican por otro lado muchas actitudes de desaprobación, naturalización, prejuicio y juicio que descalifican sufrimiento inherente presente en la autolesión no suicida. **Se concluye** que para prevenir o cesar el comportamiento autolesivo, directrices basadas en consenso, desarrolladas por un grupo de profesionales, pueden apuntar un conjunto de recomendaciones e intervenciones a adolescentes involucrados en comportamientos autolesivos. Las intervenciones deben priorizar la identificación de adolescentes en sufrimiento, con consiguiente espacio ofrecido para la resignificación de los problemas, el desarrollo de habilidades comunicacionales y gestión de las emociones, además de incluir el apoyo sin juicio por parte de familiares y personas cercanas a los adolescentes.

**Palabras-clave:** Autolesión no Suicida, Adolescente, Salud Mental.

## LISTA DE ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
AS	Sem Autolesão
CA	Com Autolesão
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM V	Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais
ECA	Escala de Comportamento de Autolesão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
OMS	Organização Mundial de Saúde
REMSA	Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
UR	Unidades de Registro

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	13
3. OBJETIVOS.....	18
3.1. Objetivo geral.....	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5. METODOLOGIA.....	27
5.1. Tipo de estudo.....	27
5.2. Configuração do Cenário.....	28
5.3. Participantes do estudo.....	28
5.4. Amostragem.....	29
5.5. Coleta e tratamento dos dados.....	30
5.6. Procedimentos éticos.....	36
5.7. Devolutiva dos resultados.....	37
6. RESULTADOS.....	38
6.2. Caracterização dos adolescentes participantes do estudo.....	39
6.2. Estudo qualitativo.....	40
6.2.1. Adolescentes contemporâneos: questões sobre os desdobramentos subjetivos da autolesão.....	40
7. LIMITAÇÕES.....	74
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	86

## **APRESENTAÇÃO**

---

## 1. APRESENTAÇÃO

A escola, este espaço tão controverso e dinâmico, que por metáfora pode ser para alguns, asa, para outros, gaiola, sempre ocupou parte de meu interesse na minha trajetória acadêmica. Não por acaso, ingressei no Ensino Superior cursando a faculdade de Letras. Porém, interessado mais nos comportamentos e nas relações notados em sala de aula, desvinculei-me daquele curso e graduei-me em Psicologia. Ainda assim, a escola continuou sendo cenário durante toda a minha formação, sendo o local elegido para a maioria das pesquisas e experiências em estágios.

No meu primeiro ano como profissional psicólogo, então no ano de 2014, as minhas experiências iniciais foram com crianças e adolescentes. Primeiro em uma instituição do terceiro setor localizada em Carmo do Cajuru/MG. Depois atuando pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI, na cidade de Arcos/MG. Neste último, a sala de aula era o principal espaço de contato com adolescentes, ministrando lições com temas transversais como Ética, Saúde, Meio Ambiente, Identidade de Gênero, Trabalho, Consumo e afins.

No ano de 2015 tive a fortuna de ingressar-me no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente (REMSA), pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), de Divinópolis. Como residente, atuando no Centro de São José, a escola também teve distinta importância. Foi no cenário da escola, e não tanto no centro de saúde, que foi se tornando visível para mim um comportamento entre os adolescentes, que enfim viria a se tornar objeto de estudo para o atual e também anterior trabalho (FONSECA, 2016): a prática da autolesão não suicida<sup>1</sup>.

Chamou-me a atenção na Residência o fato de que o comportamento de autolesão entre os adolescentes permanecia invisível para os setores de prestação de serviço em saúde, mesmo tendo ganhado nos últimos tempos maior projeção nas mídias e na literatura científica. Esta verificação foi possível ao observar o maior número de casos que foram detectados nas escolas durante a praxis como residente em relação ao número de casos que eram encaminhados ou chegavam para serem atendidos no centro de saúde. A visibilidade da demanda, portanto, se deu durante a atuação no espaço escolar. Os resultados de um

---

<sup>1</sup> Utilizamos neste trabalho o conceito de autolesão não suicida (non suicidal self-injury), definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. (DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2014). Sendo um conceito composto e autoexplicativo, a fim de valorizar a estética textual, também optamos por utilizar no texto o vocábulo autolesão, já que não traz prejuízo ao entendimento da mensagem.

levantamento de demandas, através de um diagnóstico situacional realizado em 2015 através da REMSA, corroboraram ainda mais para esta constatação e para a importância do tema.

Observou-se que o comportamento da autolesão surge paralelo a vários problemas vivenciados na adolescência. Como exemplo, no diagnóstico situacional, os principais problemas identificados foram:

- No contexto familiar: pouca participação da figura paterna na vida dos adolescentes; impacto dos novos arranjos familiares; perda da autoridade dos responsáveis versus empoderamento disfuncional dos adolescentes; sexo/afetividade precoce versus impedimento dos pais;
- No contexto escolar: perda da autoridade dos profissionais; indisciplina dos adolescentes; diálogo conflituoso entre alunos, escola e pais;
- No contexto comportamental: envolvimento com drogas; sexo sem proteção; uso indiscriminado das tecnologias virtuais; influências de risco e tendência à sugestionabilidade (efeito contágio); autolesão (grifo intencional do autor);
- No contexto social: vulnerabilidades sociais; falta de espaços destinados aos adolescentes.

Considerei ainda na Residência, junto com a minha professora orientadora, ser pertinente realizar uma pesquisa visando identificar a prevalência de comportamento autolesivo entre adolescentes. Através do estudo identificamos um número expressivo de adolescentes que relataram ter praticado algum tipo de autolesão no último ano. Observou-se a necessidade de dar continuidade a essa pesquisa para melhor compreensão sobre o fenômeno, aprofundamento nas particularidades da autolesão entre esses adolescentes, como entender os significados e as funções ou motivos que levam a tal comportamento e assim, contribuir com a construção de estratégias de enfrentamento e prevenção.

## **INTRODUÇÃO**

---

## 2. INTRODUÇÃO

A percepção vigente na ciência sobre adolescência está intimamente ligada a estereótipos e estigmas, desde que a literatura do final do século XIX e início do século XX a identificou como uma etapa marcada por aflições e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade. Essa concepção foi reforçada por algumas abordagens psicanalistas que caracterizaram a adolescência como uma etapa de confusões, estresse e luto, também ocasionados pelos impulsos sexuais que insurgem nessa fase. Características como rebeldia, desequilíbrios e instabilidades, lutos e crises de identidade, instabilidade de afetos, busca de si, tendência grupal, necessidade de fantasiar, crises religiosas, flutuações de humor e contradições sucessivas formam um conjunto de características conceituado de Síndrome Normal da Adolescência (CONTINI; KOLLER; BARROS, 2002). Incluem-se a estes comportamentos as adaptações às mudanças fisiológicas e anatômicas, relacionadas com a puberdade, e também a integração de um amadurecimento sexual, o afastamento progressivo dos pais e da família e o estabelecimento de uma identidade individual, sexual e social (VELHO; QUINTANA; ROSSI, 2014).

Muitos comportamentos ligados à doença, lesões, mortalidade ou outros resultados negativos têm sua origem na adolescência. Consumo de álcool e de tabaco, o uso de drogas ilícitas, comportamentos sexuais de risco, agressão, delinquência e outros tem maior índice de surgimento nessa etapa da vida (HALE; VINER, 2016). Esses comportamentos auto-prejudiciais pertinentes na adolescência, comumente tido como uma simples resposta de rebeldia adolescente, têm na verdade forte associação com sentimento de tristeza ou desesperança (JAMES et al., 2017). Em uma iniciativa de categorizar comportamentos de riscos à saúde na adolescência, um estudo realizado no Reino Unido classificou 13 indicadores de comportamentos de risco distintos a partir de entrevistas colhidas junto a 6470 adolescentes acolhidos numa clínica de atendimento público. Dentre esses indicadores a autolesão não suicida apareceu na sétima posição em termos de prevalência, sendo registrada entre 18,6% dos adolescentes atendidos (KIPPING et al., 2015). Esse resultado coincide com a constatação do aumento da prática do comportamento de autolesão entre adolescentes, e de como esse indicador tem se acentuado como um problema de saúde pública (STEWART et al., 2017).

Usualmente, a autolesão não suicida representa qualquer “comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio e não socialmente



aceita dentro de sua própria cultura e nem para exibição” (GIUSTI, 2013, p. 5). Os comportamentos de autolesão não suicida mais comuns são cortes superficiais na pele, arranhões, mordidas, queimaduras, bater partes do corpo contra a parede e enfiar objetos pontiagudos no corpo (CEDARO; NASCIMENTO, 2013). A autolesão não suicida é uma manifestação comportamental associada a uma variedade de distúrbios psicológicos, bem como com relação simultânea e em perspectiva com o comportamento suicida (KLONSKY et al., 2015).

Ressalta-se que a autolesão não é considerada uma distinta categoria diagnóstica na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007). Já na quinta versão do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a autolesão não suicida aparece como uma dimensão diagnóstica independente. No entanto, foi colocada na sessão III, na categoria dos transtornos **que necessitam de mais pesquisas e revisão dos seus critérios diagnósticos**<sup>2</sup>. Ainda no DSM-V, a autolesão não suicida aparece também como um sintoma que preenche critérios para outros diagnósticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os critérios para diagnosticar a autolesão não suicida segundo o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) são em síntese:

- a) no último ano, o indivíduo ter se engajado, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo sem intenção de se suicidar;
- b) o indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas: obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos, resolver uma dificuldade interpessoal, induzir um estado de sentimento positivo;
- c) a autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes fatores: dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, num período imediatamente anterior ao ato de autolesão; antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar; pensar na autolesão mesmo quando não é praticada;
- d) o comportamento não é socialmente aprovado e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas;
- e) o comportamento causa sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento em esferas da vida;

---

<sup>2</sup> Grifo do autor.

f) O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, delírium, intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias.

Além disso, o comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Teorias psicológicas - com base em análises de comportamento funcionais - foram propostas para explicar as funções da autolesão não suicida, o que contribuiu para a avaliação dos fatores de riscos. Nock e Prinstein (2004) propuseram um modelo de quatro fatores, considerando duas dimensões dicotômicas: a dimensão intrapessoal, reforçando automaticamente o comportamento de autolesão, e a dimensão social, em que o reforço é ocasionado na tentativa de alterar o ambiente. Essas duas dimensões são subdivididas ainda de acordo com a recompensa em positiva (obtenção de algo) e negativa (escapar de uma demanda da qual se quer esquivar). Dessa forma, as funções da autolesão não suicida se apresentam como: reforço automático negativo (remover sentimentos ruins, aliviar estresse, tensão etc.); reforço automático positivo (gerar sensação agradável); reforço social positivo (ser aceito num grupo, chamar atenção etc.); e reforço social negativo (escapar das responsabilidades ou compromissos) (NOCK; PRINSTEIN, 2004).

O DSM V destaca duas teorias: a primeira baseada na teoria da aprendizagem, em que o reforço positivo ou negativo mantém o comportamento. O reforço positivo pode resultar do fato de o indivíduo sentir a autopunição como merecida, sentir um estado prazeroso ou relaxado ou ainda gerar a atenção e a ajuda de outras pessoas. O reforço negativo resulta de regulação do afeto e redução de emoções desagradáveis e da evitação de pensamentos angustiantes, incluindo pensamento sobre suicídio. Na segunda teoria, a autolesão não suicida é considerada simplesmente uma forma de autopunição para compensar atos que causaram sofrimento ou dano a outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O comportamento de autolesão não suicida ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante em adolescentes, sobretudo do sexo feminino (LLOYD-RICHARDSON et al. 2015). Vários são os fatores de riscos acentuados entre adolescentes, como, características da personalidade, transtornos psiquiátricos, problemas sociais, problemas familiares, o uso de substâncias psicoativas, etc. (CEDARO; NASCIMENTO, 2013). Adolescentes com pensamentos e comportamentos autolesivos têm mais de duas vezes o risco de morrer por suicídio, maior do que as idades mais velhas (CASTELLVI et al., 2017).

Estudos internacionais sobre prevalência da autolesão não suicida entre adolescentes apresentam diferentes resultados, dependendo da amostra analisada, do cenário, da

metodologia de pesquisa e do conceito de autolesão utilizado. Estudos realizados entre adolescentes estudantes alemães encontraram prevalência de 20,7% (YOUNG et al., 2014). Entre adolescentes escolares norte-americanos foi identificada prevalência de 16% (MUEHLENKAMP; GUTIERREZ, 2004) a 45% (LLOYD-RICHARDSON et al., 2007) com diferentes instrumentos. Estudo realizado no Canadá apontou 7,7% entre adolescentes de 11 a 13 anos (DUGGAN; HEATH; HUT, 2015); na Inglaterra em populações de adolescentes estudantes de 12 a 18 anos, a prevalência foi de 7% em 2002 (HAWTON et al., 2002), e três vezes maior, na última década, apresentando 22% em 2014 (BROOKS et al., 2015); no Japão o percentual foi de 24% em adolescentes de 10 a 20 anos (MATSUMOTO et al., 2005) e na Turquia de 25% em adolescentes de 12 a 16 anos (ZOROGLU et al., 2013). Na Espanha foi encontrado comportamento autolesivo em 11,5% de adolescentes escolares de 10 a 18 anos no último ano e 19,5% na vida (KIRCHNER et al., 2011). Noutra pesquisa 21,7% de adolescentes espanhóis de 10 a 18 anos relataram o comportamento ao menos uma vez na vida (HERNANDO, 2014). A prevalência encontrada entre adolescentes portugueses de 10 a 20 anos foi de 15,6% em 2010 (MATOS, 2011) e 28% em 2012 (GONÇALVES et al., 2012). Estudo multicêntrico com questionários anônimos aplicados em mais de 30.000 adolescentes escolares entre 14 e 17 anos encontrou prevalência de autolesão na Austrália, 6,6%; Bélgica, 7,3%; Inglaterra, 6,7%; Hungria, 3,7%; Irlanda, 5,9%; Holanda, 2,7% e Noruega 6,6% (YSTGAARD et al., 2008).

No Brasil não existe ainda nenhuma pesquisa epidemiológica publicada com amostra de público adolescente (em consulta realizada no mês de outubro de 2018 na NCBI – National Center for Biotechnology Information, responsável pelo PUBMED e por bases de dados especializadas de acesso público). Estudo sobre o comportamento de participantes de grupo de autolesão não suicida em Rede Social Virtual permitiu identificar que, entre as características declaradas nos perfis dos membros de grupo de autolesão em Redes Sociais Virtuais, verifica-se maior frequência do gênero feminino (70,60%), status de relacionamento solteiro (47,51%) e são em sua maioria estudantes, sendo mais frequente o vínculo escolar (ensino fundamental e ensino médio) (67,92%) quando comparado com o universitário (17,75%). No estudo destacaram-se três características importantes ao engajamento em grupos sociais virtuais relacionados à identidade social: os participantes dos grupos tendem a cooperar e ajudar outras pessoas com as quais se identificam; são susceptíveis a receber a ajuda de outros membros e apresentam identificação com grupos sociais (família, escola, amigos) (SILVA, 2018).

Em Divinópolis, cidade de porte médio de Minas Gerais, uma pesquisa entre 517 adolescentes de 10 a 14 anos de escolas estaduais identificou 9,48 % dos adolescentes apontaram ter praticado algum tipo de autolesão não suicida ao menos cinco vezes no último ano, preenchendo critérios adotados pelo DSM V. Foi utilizado o instrumento Escala de Comportamento de Autolesão (ECA) (Functional Assessment of Self-Mutilation) elaborada por Lloyd-Richardson et al (1997) (FONSECA, 2016).

## **OBJETIVOS**

---

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Analisar as representações sociais sobre a prática de autolesão não suicida entre adolescentes.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Compreender a representação social da autolesão não suicida entre adolescentes;
- Identificar os motivos apontados à prática de autolesão não suicida entre adolescentes com e sem história da prática de autolesão;
- Propor estratégias de enfrentamento e prevenção no contexto da autolesão não suicida.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizou-se da contribuição teórico/metodológica das Representações Sociais, elaborada pelo francês Serge Moscovici (MOSCOVICI, 1978). A Teoria das Representações Sociais se configura como uma teoria interessada em reconhecer como se dá a formação do conhecimento, levando em conta os aspectos cognitivos e sociais a partir do discurso oriundo dos saberes populares (SANTOS; ICHIKAWA, 2017). Pressupõe-se que essa teoria possibilita a construção de um conhecimento que é socialmente partilhado, e que, no caso deste estudo, permitiria chegar à análise de como os adolescentes pensam e interpretam o cotidiano a partir do contexto do comportamento de autolesão.

O conceito representação é polissêmico e possui uma longa tradição de uso nas ciências sociais e na filosofia. A representação está ligada à maneira pela qual o conteúdo dos objetos pensados é representado na mente através de processos cognitivos relacionados com a percepção, a imaginação, o julgamento etc. A representação está relacionada à capacidade das nossas mentes em tornar presente um objeto do pensamento por intermédio de símbolos (LUCAS, 1995).

O conceito de representação tal qual é empregado na Teoria das Representações Sociais foi desenvolvido por Émile Durkheim no início do Século XX. Para Durkheim (2003), a representação estabelece as formas de integração e interação social e tem como objetivo manter a coesão de grupo entre os indivíduos. As representações formam uma realidade paralela à existência dos indivíduos, manifestadas por normas, instituições, discursos, imagens e ritos. A representação durkheimiana é um processo criativo, traduzido na dialética entre percepção e conceito, não apenas limitada à aceção de cópia ou duplicação da realidade. Representar algo não é duplicá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstitui-lo, recolocá-lo e ressignificá-lo (JESUINO, 2014).

Baseado numa concepção ontológica, Durkheim estabelece um dualismo radical, fazendo nítida distinção entre as representações individuais e as representações coletivas. Em seu artigo "Representações individuais e representações coletivas", publicado em 1898, Durkheim estabelece a existência das chamadas representações, que constituem tanto a vida mental dos indivíduos como a vida coletiva das sociedades (DURKHEIM, 2007). As representações individuais têm as funções fisiológicas do cérebro como base, ainda que não se reduzam a elas. As representações coletivas são formadas pela combinação das representações individuais, que em seu conjunto instituem algo diferente destas. As representações coletivas

se manifestam ao mesmo tempo em que tem origem nos grandes movimentos da vida coletiva, como nas crenças, nas práticas religiosas, nas regras morais, nas leis e afins, estabelecendo formas de pensar e agir que não são obras de um indivíduo, mas emanam de um "poder moral" que os ultrapassa (DURKHEIM, 2007).

O conceito de representação coletiva da sociologia durkheimiana foi difundido nas décadas iniciais do século XX na teoria da religião e do pensamento mítico na antropologia de Lévi-Bruhl, influenciou a teoria da linguagem de Saussure, a teoria das representações infantis de Piaget e a teoria do desenvolvimento cultural de Vygotsky (DOS SANTOS; ICHIKAWA, 2017). Ressaltada a importantíssima contribuição de Durkheim no estudo das representações, contudo, segundo Alves (2006), havia limitações conceituais, devido ênfase do comprometimento histórico com a Sociologia por parte do autor.

A superação do modelo dicotômico entre as representações individuais e coletivas se dá a partir da elaboração do conceito de representação social de Serge Moscovici após os primeiros escritos nos anos 1960 (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016). As Representações Sociais em Moscovici se diferem pelo seu caráter dinâmico e mutável, adequado para a análise do comportamento social nas sociedades ativas, noção que se opõe ao caráter estático das representações coletivas de Durkheim que implicam uma visão imutável da sociedade, fundamentada sobre as instituições e tradições seculares (PALMONARI; CERRATO, 2014).

O desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais por Moscovici ocorreu em um período histórico marcado por mudanças geradas pela tentativa de superação do modelo científico que valorizava de forma excessiva os saberes científicos em detrimento da cultura, das crenças e dos conhecimentos construídos no intercâmbio interacional do cotidiano das relações e dos grupos sociais (ROCHA, 2014). Ao criar a Teoria das Representações Sociais, Moscovici, queria redefinir os problemas e os conceitos da área em que dedicava seus estudos, a Psicologia Social. Pertencente à vertente psicossociológica europeia, Moscovici criticava a tradição norte-americana dominante da Psicologia Social, que focava em métodos de estudos positivistas dos comportamentos individuais em detrimento do dinamismo dos processos sociais (DOS SANTOS; ICHIKAWA, 2018).

Inicialmente em seus estudos, Moscovici (1978) resgatou o conceito de representações, buscando renovar a especificidade da Psicologia social, na tentativa de explicar como se dá a relação entre os domínios individual e social. Recusava, pois, explicações estritamente sociais ou essencialmente cognitivas, no enfrentamento da problemática que envolve as dicotomias sujeito/objeto e indivíduo/sociedade (ROCHA, 2014). No entender de Guareschi, Moscovici

desenvolve o conceito de representação social evidenciando várias dimensões, ocupando-se de questões, a saber, de como se formam as Representações Sociais, como elas se constituem e quais são seus efeitos nas relações cotidianas. Moscovici assinala assim as Representações Sociais como um conceito dinâmico, gerador, ativo, valorativo e, portanto, social (GUARESCHI, 2009).

Moscovici descobre na simplicidade das relações humanas e no encontro com o outro a dinâmica que conduz à transformação do social. Para Alves (2006) as Representações Sociais em Moscovici se originam dos encontros das pessoas nos diversos ambientes que frequentam: clubes, locais de trabalho, igrejas, bares, ruas, escolas, praças, lugares onde os indivíduos discutem situações e propõem alternativas, como, por exemplo, à educação dos filhos, às opções políticas, aos meios de produção e afins. Moscovici trata assim as Representações Sociais não meramente como conceito, mas as entende como fenômenos socialmente associados à construção do conhecimento que parte do senso comum e das relações sociais cotidianas (ALVES, 2006). Nessa perspectiva, as Representações Sociais implicam a representação dos seres humanos em seus pensamentos, em suas formas de se situar mundo, a sua condição histórica, considerando os vários aspectos da sociedade, principalmente o senso comum.

Com as publicações de Moscovici, a Teoria das Representações Sociais conheceu um rápido crescimento, sendo incorporada para além da Psicologia Social a outros campos, como antropologia, história e várias outras ramificações das ciências (PHILOGENE; COLLEGE, 2014). Esta teoria propagou-se na América Latina, possibilitou um enfoque alternativo à corrente majoritária de modelos reducionistas da Europa, logrou êxitos na Ásia e na África. O insucesso nos Estados Unidos permaneceu, pois neste, à exceção de alguns estudiosos sociais críticos, conserva-se o paradigma da legitimação ideológica e do individualismo, reforçado pelo apelo normativo das revistas científicas que restringem as abordagens e direcionam as pesquisas para as tendências acadêmicas dominantes (PHILOGENE; COLLEGE, 2014).

Uma vez que sublinhada brevemente a gênese das Representações Sociais, pretende-se aqui também discorrer sobre a sua aplicabilidade e os desafios observados quando se estabelece a relação entre a teoria e o campo da saúde, com os seus desdobramentos para as áreas que compõem esse campo. Primeiramente é preciso considerar, como nos lembra Rocha (2014) que na construção de conhecimento científico, faz-se necessário não apenas pesquisar, mas, em sentido amplo, explorar o objeto de conhecimento e correlacioná-lo aos paradigmas epistemológicos e teóricos existentes. Mas para isso é importante que o pesquisador avalie e



compreenda, de acordo com a sua perspectiva e com o seu objeto de estudo, o referencial teórico que lhe dará suporte para analisar os dados obtidos. Isso distinguirá a pesquisa de um simples amontoado de dados (ROCHA, 2014).

Há evidências de que, enquanto instrumento teórico e metodológico, a Teoria das Representações Sociais tem possibilitado a aproximação dos pesquisadores não só do objeto de estudo como também no entendimento das suas próprias crenças e valores inerentes ao contexto pesquisado (SOUZA; VILLAS BOAS; NOVAES, 2014). Muitos pesquisadores têm utilizado a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico para analisar seus objetos de investigação e seus processos de trabalho em pesquisas no campo da saúde, de forma a explicitar a sua faceta psicossocial (MARTINS; CARVALHO; ANTUNES-ROCHA, 2014). No caso deste estudo, por exemplo, foi precedido um estudo quantitativo sobre a prevalência da autolesão não suicida em adolescentes de 10 a 14 anos. Antes, através do Programa de Residência em Saúde do adolescente, ficou constatado que 9,48% de participantes relataram autolesão no último ano em uma pesquisa realizada num município do interior de Minas Gerais (FONSECA, 2016)<sup>3</sup>. Além de outras características analisadas, contudo, observou-se a necessidade de maior aproximação do fenômeno, e na perspectiva de maior compreensão da autolesão não suicida entre os adolescentes, a Teoria das Representações Sociais foi eleita para contribuir a estes desígnios. Até mesmo pela pressuposição de que, sendo o campo da saúde um conjunto complexo de saberes, disciplinas e práticas, entender os valores e percepções dos indivíduos e grupos envolvidos é imprescindível, sejam eles pesquisadores, profissionais ou usuários dos serviços de saúde (MARTINS; CARVALHO; ANTUNES-ROCHA, 2014).

As Representações Sociais sobre a saúde e a doença excedem o domínio do campo biológico e abrangem dimensões que envolvem ideias, crenças e significados relacionados ao contexto sociocultural no qual os indivíduos vivem e convivem (CORRÊA; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2003). Segundo Oliveira (2014) existem conceitos em saúde com forte pertinência ao ideário das pessoas e dos grupos sociais em consideração ao atendimento de suas necessidades de saúde. Entender como o indivíduo se situa no meio ou diante do contexto da saúde e quais os seus valores socialmente compartilhados, pode orientar aspectos importantes na organização e planejamento do processo de trabalho, na gestão e na construção de novos

---

<sup>3</sup> O estudo citado foi aceito para publicação em revista, com previsão para ser publicado no primeiro bimestre de 2019, segundo os editores: FONSECA N. P. H., SILVA C. A., ARAÚJO L. M. C., BOTTI N. C. L. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 70 (2): 1-13 (**no prelo**).

saberes e práticas. A utilização da Teoria das Representações Sociais no campo da saúde pode contribuir para a melhor compreensão desse processo, e sinalizar para a aproximação entre as exigências e o que é ofertado (OLIVEIRA, 2014).

A Teoria das Representações Sociais aplicada ao campo da saúde ilustra os sentidos atribuídos à saúde, à doença<sup>4</sup> na vida cotidiana em meio ao contexto sociocultural e histórico. Considera-se que nas Representações Sociais relacionadas à saúde e à doença nos movimentos sociais estão presentes elementos que não só expandem a noção de saúde, mas também informações que a restringem aos fatores de riscos prevalentes, e que podem levar os movimentos sociais a reivindicarem por modelos mais hegemônicos em saúde (SHIMIZU, 2015). A Teoria das Representações Sociais apresenta-se também como um suporte teórico adequado para estudar discursos simbólicos e imagens coletivas que modelam as formas de se pensar sobre determinados comportamentos de um grupo social (VIEIRA, 2014), como é o caso deste trabalho (perceber o que pensam os indivíduos da nossa amostra sobre comportamento de autolesão não suicida entre adolescentes).

Apesar de décadas passadas desde a difusão da Teoria das Representações Sociais no campo da saúde, apenas recentemente a mesma passou a ser aplicada pelos pesquisadores para a análise de objetos específicos do cotidiano profissional, uma vez que o paradigma sobre saúde se conservou durante muito tempo distanciado da esfera do social. A evolução se deu através do desenvolvimento das Representações Sociais em áreas vizinhas à Psicologia social, chegando assim na Educação, Saúde, Trabalho, Práticas Profissionais, e outros campos (OLIVEIRA, 2014). As peculiaridades da perspectiva do conhecimento no campo da saúde, na década de 80, abriram caminho para o alargamento da Teoria das Representações Sociais, empregando novas orientações filosóficas e paradigmáticas, como o materialismo histórico-dialético e a fenomenologia (OLIVEIRA, 2014).

Com a aplicação da Teoria das Representações Sociais no estudo de problemas sociais concretos, ela passou a se distinguir de outras abordagens da psicologia social. Ao quebrar as barreiras tradicionais e recorrer sistematicamente ao senso comum para entender a sociedade, esta em constante fluxo e mutação, ofereceu assim uma visão mais dinâmica da vida social. Por ser aplicável a várias situações concretas, a Teoria das Representações Sociais viabilizou enfoques de aspectos da vida moderna, numa aproximação com os estudos antropológicos, e

---

<sup>4</sup> Ao realizarmos a leitura do conceito da autolesão não suicida, devemos pensar este “sintoma” com uma conotação diferente da do campo médico. O sintoma da autolesão é um fenômeno subjetivo, que não constitui necessariamente sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito intrapsíquico ou uma forma de lidar com ele (ARAÚJO, et al., 2016).

de outras ciências sociais (PHILOGENE; COLLEGE, 2014). Justaposta no campo da saúde, a Teoria das Representações Sociais podem auxiliar na compreensão dos comportamentos e hábitos tanto dos profissionais quanto da população, permitindo abranger a articulação que esses atores sociais fazem entre o conhecimento científico, o saber popular e as informações veiculadas pelos serviços de saúde e pela mídia (FERREIRA; BRUM, 2000).

Aproximando um pouco mais da aplicabilidade das Representações Sociais do objeto de estudo deste trabalho, tanto a adolescência quanto o comportamento de autolesão não suicida são conceitos ou fenômenos constados na literatura e explicados através da Teoria das Representações Sociais. Com relação à adolescência, percebe-se que tanto há estudos que usam as Representações Sociais para interpretar o fenômeno da adolescência como para problematizar a construção da identidade do adolescente através das suas Representações Sociais. Assim, o adolescente, legitimado e sancionado pelas Representações Sociais de outrem, possui também representatividade específica (QUIROGA; VITALLE, 2013).

A adolescência na literatura das Representações Sociais aparece como uma etapa do desenvolvimento com peculiaridades que remetem a vários significados, não se deixando de lado a constatação de que o adolescente se encontra também situado, não assumindo um papel passivo e alienado até à fase adulta, mas sim, que se posiciona como autor de significados, protagonismo e produção cultural própria (QUIROGA; VITALLE, 2013). Portanto, pode-se considerar que, se o estágio da adolescência é um período de crise, ele aparecerá através dos discursos da ciência, assim como o adolescente ganhará voz, projetando através das Representações Sociais suas crenças e visões de mundo.

Segundo Quiroga e Vitalle (2013), a literatura sobre as Representações Sociais da adolescência se apresenta de maneira ambígua, ora pendendo para representações ancoradas em ideias como curtir a vida, felicidade, liberdade, rebeldia, sexo, namoro, ora pendendo para temas como responsabilidade nos estudos, justiça social, solidariedade. A ambiguidade presente nessas representações coincide e reflete os paradigmas que se modificam no percurso histórico. Por exemplo, as categorias referentes a curtir a vida, felicidade etc., inscrevem-se num período histórico de liberdade de expressão pós-regimes totalitários, demarcadas por representações de certa anarquia juvenil. Por outro lado, a ideia da responsabilidade está associada às transformações do mundo no cenário econômico e político mais atual (QUIROGA; VITALLE, 2013).

Conclui-se que as Representações Sociais podem se configurar também como fatores de vulnerabilidade, já que alguns conhecimentos de senso comum podem alterar atitudes de

prevenção (BEZERRA, et al, 2015). Por exemplo, Representações Sociais entre adolescentes construídas em meio a crenças, tabus e mitos relacionados ao uso de preservativo podem implicar na não adesão ao método (BEZERRA, et al, 2015). Da mesma forma, Representações Sociais disfuncionais construídas sobre o suicídio, a autolesão e outros comportamentos de riscos podem aumentar a vulnerabilidade a partir do compartilhamento de crenças e mitos equivocados. Estudar as Representações Sociais de determinados grupos, portanto, pode indicar oportunidades de pautar o assunto de maneira mais correta, identificando as vulnerabilidades, desmistificando algumas Representações Sociais e educando para a saúde, o que também é objetivo neste trabalho (BEZERRA, et al, 2015).

Diferentes discursos entre diferentes grupos de adolescentes podem aparecer através das Representações Sociais, dependendo de variáveis como, por exemplo, a localidade, a proximidade com o urbano ou com o rural (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003). Na área da saúde, estudos com adolescente frequentemente têm abordado as Representações Sociais sobre comportamentos de riscos associados à sexualidade e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidez e violência (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009). No que diz respeito aos polos saúde e doença, nas Representações Sociais dos adolescentes sobre o conceito de saúde, há uma predominância positiva. Já a palavra doença parece remeter à tensão saúde/doença, com o julgamento relacionado direta ou indiretamente a sentidos negativos (TEIXEIRA, 2014).

Com relação a pesquisas sobre as Representações Sociais da autolesão não suicida entre adolescentes, poucos estudos são encontrados. Identificar as Representações Sociais acerca da autolesão pode favorecer a compreensão das formas em que os adolescentes interpretam a problemática veiculada à sua realidade. Principalmente a partir do contexto dos avanços tecnológicos, com a revolução contemporânea a partir do surgimento da Internet, que trouxe a dificuldade da dissociação do real com o virtual nas relações (CARVALHO, 2018), as Representações Sociais da autolesão não suicida precisam ser entendidas a partir desta perspectiva do multiculturalismo.

Dentre os comportamentos de autodano, o suicídio é o que mais aparece em estudos que utilizam as Representações Sociais (PACHECO, 2016). As Representações Sociais dos adolescentes acerca do suicídio remetem na maioria das vezes a significados com sentimento de culpa, como algo proibido e vergonhoso, como uma opção que não é bem aceita em boas famílias, provocando sofrimento, angústia e tristeza (CABRAL, 2015). Já quando as Representações Sociais são direcionadas para o tema da autolesão, parece haver evidências de

justificação do comportamento como uma parte normal da vida. A utilização das autolesões como uma forma de aliviar o estresse e regular as emoções sugere que é uma forma aceitável de lidar com questões sensíveis subjacentes (ZDANOW; WRIGHT'S; 2012).

No Brasil os dados sobre autolesão não suicida entre adolescentes vêm crescendo gradativamente (SILVA; BOTTI, 2017), mas ainda são escassos os estudos que trazem as representações acerca do comportamento. Se considerarmos que as Representações Sociais, oriundas de crenças e mitos equivocados, podem também se constituírem em fatores de vulnerabilidade (BEZERRA, et al, 2015), com as novas tecnologias e novas formas de meios de comunicação, há o risco potencial de propagação de comportamentos autolesivos através do efeito contágio (SILVA; BOTTI, 2016; ZDANOW; WRIGHT'S 2012). A Teoria das Representações Sociais pode auxiliar na identificação de crenças e mitos disfuncionais sobre a autolesão não suicida entre os adolescentes, possibilitando novos manejos na prevenção e promoção da saúde.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de perspectiva qualitativa e que focaliza as Representações Sociais por meio de entrevistas que possibilitam a análise de conteúdo. A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma comunidade, de uma organização, etc. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando na análise das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2012).

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. De acordo com o autor 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 captação 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).

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Na visão de Denzin e Lincoln (2006), o conceito qualitativo implica uma proeminência sobre as qualidades das entidades e sobre os processos que não podem ser estudados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência. Diferencia, portanto, dos estudos quantitativos, que destacam o ato de medir e analisar as relações causais entre variáveis, e não processos. No mesmo sentido, Trivinõs (2008) afirma que na pesquisa qualitativa recursos aleatórios podem ser empregados para fixar a amostra. Nesse caso, pode-se determinar intencionalmente o tamanho da amostra, atendendo uma série de condições, como sujeitos que sejam fundamentais para a elucidação do tema em foco, segundo o ponto de vista do pesquisador,

facilidade para se localizar com as pessoas, tempo dos participantes para a entrevista e assim por diante.

## **5.2. Configuração do Cenário**

Esse estudo foi realizado na área de abrangência do Centro de Saúde São José, em Divinópolis (MG). O Centro de Saúde São José encontra-se na região Sudoeste do município Divinópolis. Trata-se de uma área de abrangência que apresenta padrão de vida de nível médio (renda, consumo, longevidade). Possui bons indicadores sociais (saúde, educação, saneamento básico) uma localização privilegiada próxima a importantes centros consumidores e acesso facilitado devido a boa qualidade da infraestrutura de transporte e comunicação. Esse quadro aparentemente favorável não é representado numa distribuição igualitária, sendo que existem locais pontuais onde as condições socioeconômicas das pessoas são precárias.

A relação proporcional do percentual de adolescentes da região de que falamos apresenta-se menor em comparação com o índice nacional, porém próximo. Em termos percentuais de adolescentes, representa 16,9% da população. A amostra nacional tem de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) cerca de 18% de adolescentes. Na Região de abrangência do Centro de Saúde São José existem quatro escolas estaduais, onde frequentam adolescentes no Ensino Fundamental e Ensino Médio. Dessas quatro escolas, foi definido como cenário para a presente pesquisa, a Escola Estadual Martin Cyprien onde frequentam 966 adolescentes que cursam o Ensino Fundamental e Ensino Médio distribuídos nos períodos matutino e vespertino. Tal escola foi cenário para coleta de dados da pesquisa em função de ter maior número de adolescentes matriculados.

## **5.3. Participantes do estudo**

Participaram da pesquisa os adolescentes entre 10 e 14 anos regularmente matriculados na escola estadual Escola Estadual Martin Cyprien. A faixa etária de 10 a 14 anos é o período classificado como adolescência inicial para dados estatísticos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MINAS GERAIS, 2006). Essa classificação, embora obedeça a critérios a partir das características biológicas, psicológicas e sociais da adolescência, é mais teórica do que prática, já que não deve ser entendido que haja um padrão concreto. O fato de estarem matriculados na escola possibilita a participação de pessoas que atendam aos critérios da pesquisa e se encontram em situação de fácil acesso ao investigador. Particularmente neste projeto, a escolha da escola e da faixa etária se deu pela realização de uma pesquisa - ocorrida no ano de 2016 - sobre a prevalência de autolesão entre adolescentes,

na qual foi encontrada a presença expressiva deste comportamento dentre os 223 adolescentes. Ficou constatada uma prevalência expressiva de adolescentes que praticavam o comportamento da autolesão. O estudo foi realizado pelos mesmos autores dessa atual pesquisa, junto ao Programa REMSA.

Foram participantes nesta pesquisa:

**a) Adolescentes com histórico de autolesão**

Foram entrevistados 15 alunos adolescentes que tinham apresentado ou apresentam o comportamento de autolesão. Os critérios de inclusão referiram-se: adolescentes que praticam ou já praticaram autolesão, adolescente regularmente matriculado na escola de cenário da pesquisa, adolescentes com 10 anos completos até 14 anos 11 meses e 29 dias, adolescente indicado por outro já entrevistado. Os critérios de exclusão referiram-se: adolescentes que não praticam e/ou nunca praticaram autolesão, adolescentes com menos de 10 anos; adolescentes com mais de 14 anos, adolescentes que estiveram ausentes no dia, no horário e no local combinado para realização da coleta de dados.

**b) Adolescentes sem histórico de autolesão**

Foram entrevistados 16 alunos adolescentes de 10 a 14 anos que não tinham apresentado o comportamento de autolesão não suicida em nenhum momento da vida. Os critérios de inclusão referiram-se: adolescentes que nunca praticaram autolesão, adolescente regularmente matriculado na escola de cenário da pesquisa, adolescentes com 10 anos completos até 14 anos 11 meses e 29 dias, adolescente indicado por outro já entrevistado. Os critérios de exclusão referem-se: adolescentes que nunca tinham praticado e/ou praticam autolesão, adolescentes com menos de 10 anos; adolescentes com mais de 14 anos, adolescentes que estiveram ausentes no dia, no horário e no local combinado para realização da coleta de dados.

**5.4. Amostragem**

As principais técnicas de amostragem não probabilística podem ser intencionais e não intencionais (ou de conveniência). Entre as amostragens intencionais encontram-se: amostragem Bola-de-neve, por cotas, grupo focal e casos críticos (MINUTO, 2014). Nesta pesquisa foi utilizada para coleta de dados a técnica conhecida como bola de neve (*snowball sampling*). A amostra por bola de neve é uma técnica de amostragem não probabilística onde



os indivíduos selecionados para serem estudados convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos (VINUTO, 2014)

Desta forma a amostragem desta pesquisa foi do tipo intencional que de acordo com Gil (2008) trata-se de um tipo de amostragem não probabilística que consiste em selecionar a partir de informações disponíveis um subgrupo de uma população que seja considerado representativo. É um processo contínuo de análise de dados que se inicia no processo de coleta, o ponto de saturação dependerá dos objetivos adotados pela pesquisa, o nível de profundidade que se quer atingir e a homogeneidade da população do estudo. Nas amostras intencionais a representatividade e qualidade das informações obtidas são mais importantes que a quantidade final de elementos informados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O tamanho da amostra adotou o critério de definição por saturação dos dados, isto é o número de entrevistas variou de acordo com o critério de saturação das respostas. O encerramento amostral por saturação teórica é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados alcançados passam a apresentar, no julgamento do pesquisador, certa redundância ou repetição. Para Fontanella, Ricas e Turatto (2008), o fechamento de amostra por saturação é uma ferramenta bastante utilizada em pesquisas qualitativas.

### **5.5. Coleta e tratamento dos dados**

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Este método de coleta de dados possibilita aos sujeitos discorrerem livremente acerca dos questionamentos realizados sobre o tema de modo que consegue, simultaneamente, valorizar o papel do pesquisador e proporcionar os meios necessários para que o entrevistado tenha liberdade e espontaneidade enriquecendo assim a investigação (TRIVIÑOS, 2009).

Para coleta de dados foi utilizada a técnica conhecida como bola de neve (*snowball sampling*). O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, estratégia útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014). O método pressupõe que há uma ligação entre os membros da população dado pela característica de interesse mútuo, isto é, os membros da população são capazes de identificar outros membros da mesma (DEWES, 2013). Por exemplo, produtores de queijo conhecem outros produtores de queijo, maquinistas de trem conhecem outros maquinistas de trem, etc., e podem assim indicar ao pesquisador outro potencial participante da pesquisa.

O primeiro passo, considerado como onda zero, é encontrar pessoas pertencentes à população-alvo do estudo. Esses indivíduos vão ser a semente da amostra, aqueles que darão origem a todos os outros participantes da pesquisa. As sementes devem ser as pessoas mais acessíveis aos pesquisadores, mas é recomendável que se faça um estudo em que se busque o máximo de referências, pois, se essa semente não for bem selecionada a amostra não conseguirá atingir toda a variabilidade da população (DEWES, 2013). A partir da semente começa o processo da bola de neve. Na sequência o processo ocorre da seguinte forma:

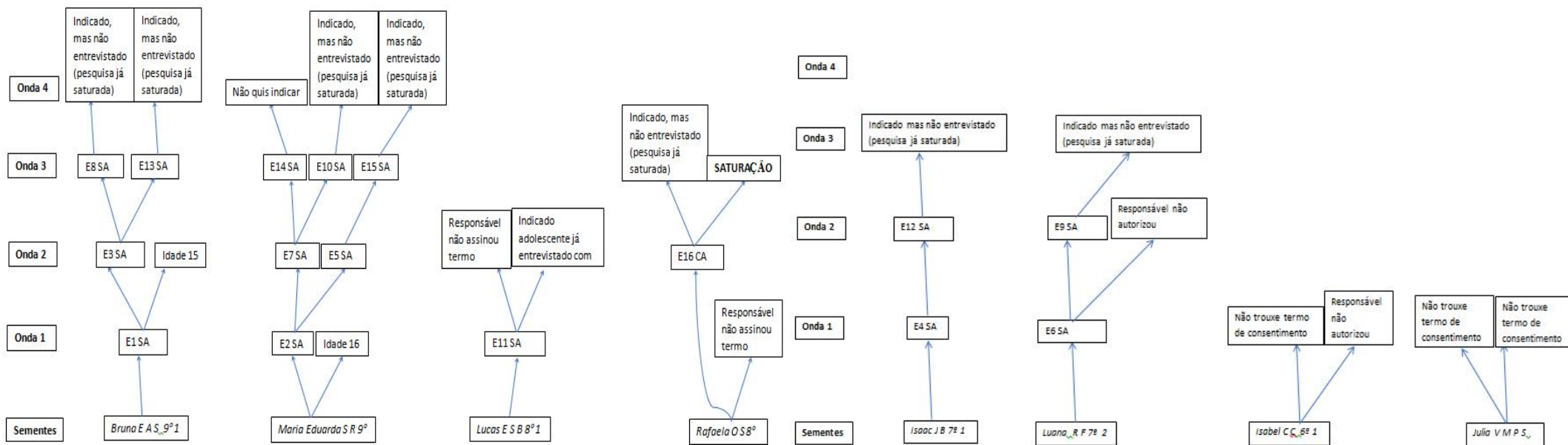
1. Inicia-se o processo pedindo a semente (que indique o contato de outros indivíduos que eles consideram ser membros da população-alvo).
2. A onda um é formada pelos contatos indicados pelos participantes da onda zero e que não fazem parte dessa onda zero.
3. A onda dois é formada pelos contatos indicados pelos indivíduos da onda um que fazem parte da população-alvo e que não fazem parte da onda zero nem da onda um.
4. O processo segue até que o tamanho de amostra almejado seja alcançado ou então quando findam a indicação de novos contatos (DEWES, 2013).

Nessa pesquisa, as sementes foram buscadas a partir de pessoas que tinham na escola um papel de destaque ou de representação. Para chegar aos alunos que praticam a autolesão não suicida (ou já praticaram em algum momento na vida), as sementes foram adolescentes que compõem o conselho de representantes de salas existente na escola, pois eles são sabedores de situações chaves e estão em contato mais próximo com os estudantes; para se chegar a alunos que não praticam (e nunca praticaram autolesão), as sementes também foram os alunos que compõem o conselho de representantes de salas. No entanto, houveram alunos indicados como praticantes da autolesão que negaram o comportamento. Assim, tornaram-se participantes nesta pesquisa do grupo de adolescentes sem comportamento de autolesão.

Nos casos em que percebêssemos que os pais ou os responsáveis não tinham ciência da autolesão do adolescente, a quebra de sigilo poderia ser quebrada quando acordada com o adolescente. Acaso este se opusesse, seria avaliado o nível de risco, com a possibilidade de ser quebrado o sigilo se houvesse risco eminente para o adolescente. A quebra de sigilo nessa circunstância levaria em consideração a Resolução 466 com a preconização de que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve “buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis” (BRASIL, 2012, p. 3). Registra-se aqui que não se caracterizou durante a pesquisa, situação para a quebra de sigilo.

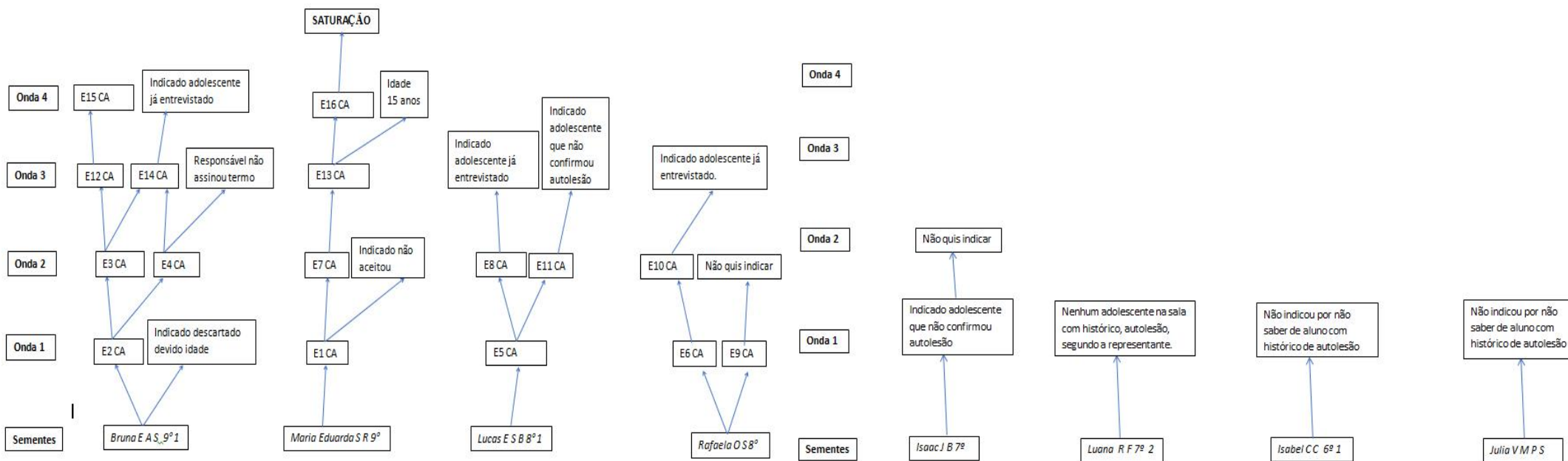
Ponderando que o objeto de estudo da presente pesquisa é uma questão que: a) não é de ocorrência geral no cotidiano dos adolescentes, b) que se configura como uma condição que traz estigmas àqueles que a praticam e que c) a participação deu margem para a quebra de sigilo considerando que um adolescente iria indicar o participante subsequente – os participantes indicados pelas sementes ou antecessor receberam convites pelas próprias sementes, ao invés de abordagem direta dos pesquisadores. Com isso, puderam optar pela participação ou não na pesquisa. Além disso, as sementes não precisaram informar aos pesquisadores os nomes dos adolescentes que iriam indicar. Estes somente foram identificados a partir do momento que aceitaram participar da pesquisa. Abaixo segue o desenho de como se constituiu a amostra nesta pesquisa (Figura 1, Figura 2).

**Figura 1. Desenho da amostra com uso do modelo *snowball sampling SEM* adolescentes sem autolesão.**



Fonte: elaborado pelo autor. Obs.: os nomes das sementes são fictícios para garantir anonimato.

**Figura 2. Desenho da amostra com uso do modelo *snowball sampling* COM adolescentes com autolesão.**



Fonte: elaborado pelo autor:

A entrevista foi composta por questões norteadoras contendo informações referentes à representação social da autolesão não suicida para adolescentes (APÊNDICE A). O instrumento de coleta foi pré-testado a fim de certificar que atenderia aos objetivos da pesquisa.

O referencial de análise utilizado foi a Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2011):

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, 2011, p.42)

O método pode ser quantitativo ou qualitativo, sendo o primeiro relacionado à frequência das características repetidas no conteúdo analisado e o segundo que trata da presença ou ausência de alguma característica ou conjunto delas em um determinado fragmento do texto. Esse método de análise ocorre em três momentos sendo o de pré-análise dos dados por meio de leitura flutuante das entrevistas coletadas e transcritas, seguidos de recorte, enumeração e agregação dos dados, com leitura mais específica e, por fim, formação das categorias de análise e elaboração de indicadores (BARDIN, 2011).

No presente trabalho foi utilizada a análise de conteúdo temático categorial com abordagem qualitativa com técnica proposta por Oliveira (2008). Esta técnica de análise compreende as seguintes etapas:

1. Realização de leitura flutuante do conteúdo coletado, ou seja, leitura exaustiva do texto sem se apegar a nenhuma especificidade;
2. Construção de hipóteses provisórias acerca do objeto de estudo e do conteúdo coletado;
3. Definição das Unidades de Registro (UR) que podem ser frases, palavras, parágrafos, temas, objeto, etc., devendo-se optar por apenas uma unidade;
4. Marcação do texto assinalado as unidades de registro elencadas,
5. Determinação das unidades de significação ou tema que consistem em agrupar as UR segundo significado;
6. Execução da análise temática através da identificação dos temas em número de UR, tendo-se em vista que as unidades de significação são compostas por UR agrupadas e associadas;
7. Reunião dos temas definidos agrupando na análise categorial. O agrupamento de temas deve ocorrer utilizando-se critérios empíricos ou teóricos;

8. Os resultados são tratados por meio de descrições cursivas, com exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria;
9. Para discussão do que foi encontrado têm-se as categorias como reconstrução do discurso considerando-se o objeto e objetivos de pesquisa e a fundamentação teórica.

O desfecho primário deste estudo consistiu em chegar ao conhecimento dos significados atribuídos à prática de autolesão não suicida entre adolescentes. Os desfechos secundários consistiram em: compreensão das diferenças e similaridades de significados; motivos; e estratégias de enfrentamento e prevenção entre adolescentes com e sem história da prática de autolesão não suicida.

### **5.6. Procedimentos éticos**

Este estudo respeitou a Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSJ e apenas foi realizado após a sua aprovação. Foi solicitado aos pais/responsáveis, bem como aos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa, que assinem respectivamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 2 e 3). Foi anexado a este projeto – no ato de submissão para aprovação pelo Comitê de Ética da UFSJ - a carta da Superintendência Regional de Educação Estadual do Município de Divinópolis autorizando a pesquisa nas escolas selecionadas como cenário do estudo. Após a aprovação no Comitê de Ética – UFSJ foram agendadas com as escolas as datas e condições para a realização das entrevistas junto aos adolescentes. A partir da liberação por parte da escola, deu-se o início das etapas da pesquisa. A partir da adesão na pesquisa por parte dos adolescentes, os pais assinaram o termo de assentimentos enquanto que os adolescentes assinaram o termo de consentimento. No dia da aplicação da entrevista junto aos adolescentes, foi feita a explicitação da mesma, para que pudessem sanar as dúvidas acerca dos objetivos.

Todos participaram voluntariamente e foram informados sobre a natureza da pesquisa, bem como dos objetivos e riscos, recebendo garantia de sigilo e assegurados de que poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Os riscos da participação nesta pesquisa foram decorrentes da possibilidade de desconforto emocional e/ou constrangimento ao responder às perguntas da entrevista e quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados caso houvesse identificação de risco de suicídio. Para minimização destes riscos, foram adotadas as seguintes medidas:

a) Orientação dos pesquisadores aos participantes de que eles poderiam recusar-se a responder qualquer pergunta do roteiro de entrevista e poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento, caso sentissem necessidade ou assim desejassem;

b) Encaminhamento para atendimento psicológico ou multiprofissional oferecido pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente (REMSA), que atua na própria escola e no Centro de Saúde São José. O participante da pesquisa nessa situação seria acompanhado durante o processo para garantir que estivessem recebendo os cuidados necessários. Porém, durante a coleta, não houve necessidade do encaminhamento.

c) Também seriam encaminhados à equipe REMSA os adolescentes que assumirem a realização da autolesão não suicida e não estiverem em tratamento em serviços de saúde. Nesse caso, mesmo não se tratando de risco oferecido pela pesquisa, mas, já posto na vida do indivíduo, a resolução 466 exige por parte do pesquisador o comprometimento “com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos” aos participantes. No entanto também não se configurou a situação para o encaminhamento.

### **5.7. Devolutiva dos resultados**

A devolutiva dos resultados ainda será realizada através da apresentação dos resultados junto às escolas. Também foi realizada uma sinopse com os principais dados da pesquisa para apresentação junto a Superintendência Regional de Educação Estadual e escolas estaduais escolhidas para a realização desse trabalho no município de Divinópolis.



## **6. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em duas etapas:

- 1ª - resultados referentes a caracterização dos participantes do estudo e as categorias geradas a partir da análise temática dos dados;
- 2 - artigo científico elaborado de acordo com as normas da revista científica escolhida para submissão.

Ressalta-se que a forma e preparação do projeto de dissertação seguem as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), enquanto que a do artigo adota as normas da American Psychological Association (APA), obedecendo ao solicitado pela revista escolhida para submissão.

## 6.2. Caracterização dos adolescentes participantes do estudo

Inicialmente, considerou-se relevante apresentar a caracterização dos participantes do estudo e as categorias geradas a partir da análise temática dos dados. Participaram do estudo 32 adolescentes, sendo 16 com histórico atual de comportamento autolesivo e 16 não engajados em autolesão não suicida. Apesar da pesquisa abranger escolares de 10 a 14 anos, não houve indicação de participantes com a idade de 10 e 11 anos para participar do estudo, ou foram indicados e não quiseram participar. A pesquisa contou com três adolescentes com 12 anos, 11 adolescentes com 13 anos e 18 adolescentes com 14 anos. Nota-se que pelo método de coleta de dados utilizando o tipo de amostragem bola de neve, houve predominância de indicação de adolescentes do sexo feminino para participar da pesquisa (F = 25 x M = 7). O comportamento de autolesão não suicida ocorreu entre adolescentes de ambos os sexos, mas, com predominância neste estudo de indicações de adolescentes do sexo feminino (F = 14 x M = 2).

Na distribuição por estágio de escolaridade, 20 adolescentes cursavam o 9º ano, 8 cursavam o 8º ano e 4 cursavam o 7º ano. A maioria dos adolescentes mora com o pai e a mãe (n = 19), sendo que de 16 adolescentes com histórico de autolesão, apenas seis encontram-se nesta situação – de morar com os dois pais biológicos. Dos 32 participantes, quatro apresentam histórico de reprovação escolar.

Em relação à história de vida dos adolescentes observa-se que apenas um adolescente sem história de autolesão fez uso de drogas, enquanto cinco adolescentes com história de autolesão fizeram uso de drogas, com predominância de experimentação do uso de bebida alcoólica. De um total de 32, apenas dois adolescentes relataram apresentar quadro de doença. Nenhum adolescente sem história de autolesão relatou fazer acompanhamento de saúde, enquanto sete adolescentes com história de autolesão relataram algum tipo de acompanhamento em saúde. Constata-se que apenas dois adolescentes relataram uso atual ou anterior de medicação psicotrópica, ambos sem história de autolesão.

## 6.2. Estudo qualitativo

### 6.2.1. Adolescentes contemporâneos: questões sobre os desdobramentos subjetivos da autolesão

Fonseca, Paulo Henrique Nogueira da  
*Universidade Federal de São João del-Rei,  
MG, Brasil*

Germano, Martins Germano  
*Universidade Federal de São João del-Rei,  
MG, Brasil*

Botti, Nadja Cristiane Lappann  
*Universidade Federal de São João del-Rei, MG, Brasil*

**Resumo:** Em geral, no comportamento de autolesão não suicida, o propósito não é a tentativa do suicídio, mas sim, a redução das emoções negativas ou resolver dificuldades interpessoais. Sendo um comportamento predominante em adolescentes, este estudo exploratório, de perspectiva qualitativa, teve como objetivo analisar as representações acerca do comportamento de autolesão entre os adolescentes de 10 a 14 anos, sob o ponto de vista da Teoria das Representações Sociais e com o auxílio da Análise de Conteúdo Categorical. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. Os resultados mostraram que a autolesão não suicida para o adolescente representa dano ao corpo, sofrimento e forma de enfrentamento ou expressão emocional diante dos problemas. Por outro lado, foram verificadas Representações Sociais com a predominância de preconceitos, desinformação e misticismo acerca da autolesão, com atitudes de desaprovação, naturalização e julgamento que desqualificam o comportamento do adolescente, desconsiderando o sofrimento inerente. Nesse sentido, tipos de ajuda foram apontados para prevenir ou cessar o comportamento autolesivo, como o apoio sem julgamento por parte de familiares, professores e amigos e o auxílio de profissionais que atuam em Saúde Mental. Este trabalho propõe que diretrizes baseadas em consenso, desenvolvidas por um grupo de profissionais, podem apontar um conjunto de recomendações e intervenções a adolescentes envolvidos em comportamentos autolesivos. As intervenções devem priorizar a identificação de adolescentes em sofrimento, com consequente oferta que ajude na ressignificação dos problemas individuais, no desenvolvimento de habilidades comunicacionais e gerenciamento das emoções e abarcar um resolutivo apoio social.

**Palavras-chave:** Autolesão não suicida, Adolescentes, Saúde Mental.

### Contemporary adolescents: questions about the subjective unfolding of self-injury

**Abstract:** In general, in non-suicidal self-injury behavior, the purpose is not to attempt suicide, but to reduce negative emotions or to resolve interpersonal difficulties. Being a predominant behavior in adolescents, this exploratory study of a qualitative perspective, aimed to analyze the representations about the self-injury behavior among adolescents from 10 to 14 years old, from the point of view of Theory of Social Representations and with the help of Categorical Content Analysis. The instrument used was a semi-structured interview.

The results showed that non-suicidal self-injury to the adolescent represents damage to the body, suffering and coping or emotional expression in the face of problems. On the other hand, social representations with the predominance of prejudices, misinformation and mysticism about self-harm were verified, with attitudes of disapproval, naturalization and judgment that disqualify the adolescent's behavior, disregarding the inherent suffering. In this sense, types of help were aimed at preventing or stopping self-injurious behavior, such as support without judgment by family members, teachers and friends and the assistance of professionals who work in Mental Health. This study proposes that guidelines based on consensus, developed by a group of professionals, can point out a set of recommendations and interventions to adolescents involved in self-injurious behaviors. Interventions should prioritize the identification of suffering adolescents, with a consequent offer that helps in the re-signification of individual problems, in the development of communication skills and management of emotions, and in the provision of meaningful social support.

**Keywords:** Non-suicidal Self-injury; adolescent; Mental Health.

### **Adolescentes contemporáneos: cuestiones sobre los desdoblamientos subjetivos de la autolesión.**

**Resumen:** En general, en el comportamiento de autolesión no suicida, el propósito no es el intento del suicidio, sino la reducción de las emociones negativas o resolver dificultades interpersonales. Siendo un comportamiento predominante en adolescentes, este estudio exploratorio, de perspectiva cualitativa, tuvo como objetivo analizar las representaciones acerca del comportamiento de autolesión entre los adolescentes de 10 a 14 años, desde el punto de vista de la Teoría de las Representaciones Sociales y con el auxilio Análisis de Contenido Categorical. El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que la autolesión no suicida para el adolescente representa daño al cuerpo, sufrimiento y forma de enfrentamiento o expresión emocional ante los problemas. Por otro lado, se verificaron representaciones sociales con la predominancia de prejuicios, desinformación y misticismo acerca de la autolesión, con actitudes de desaprobación, naturalización y juicio que descalifican el comportamiento del adolescente, desconsiderando el sufrimiento inherente. En ese sentido, tipos de ayuda fueron apuntados para prevenir o cesar el comportamiento autolesivo, como el apoyo sin juicio por parte de familiares, profesores y amigos y el auxilio de profesionales que actúan en Salud Mental. Este trabajo propone que directrices basadas en consenso, desarrolladas por un grupo de profesionales, puedan apuntar un conjunto de recomendaciones e intervenciones a adolescentes involucrados en comportamientos autolesivos. Las intervenciones deben priorizar la identificación de adolescentes en sufrimiento, con consecuente oferta que ayude en la resignificación de los problemas individuales, en el desarrollo de habilidades comunicacionales y gestión de las emociones y abarcar un resolutivo apoyo social.

**Palabras-clave:** autolesión no Suicida, Adolescente, Salud Mental.

## **Introdução**

O comportamento autolesivo é um conceito polissêmico, variando a nomeação de acordo com as manifestações do fenômeno. Existem algumas divergências na comunidade científica relativas à definição dos comportamentos autolesivos: autoinjúria (self-injury), autodano (self-harm), autolesão não suicida (nonsuicidal self-injury), comportamento autolesivo (self-injurious behavior) e automutilação (self-mutilation) são alguns dos termos mais utilizados para remeter ao comportamento autolesivo (Santos, 2017). Para Nock (2010) constitui-se um obstáculo o fato do conceito ser polissêmico e arraigado no fenômeno, ou seja, possuir várias definições e termos inconsistentes utilizados por diferentes clínicos e pesquisadores. No presente trabalho, utilizamos o conceito autolesão não suicida (non suicidal self-injury) definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. (DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2014).

Em geral, no comportamento de autolesão não suicida, o propósito não é a tentativa do suicídio, mas sim, a redução das emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura, e/ou resolver uma dificuldade interpessoal (APA, 2014). A característica essencial da autolesão não suicida é a prática repetida e não socialmente aprovada de infligir lesões superficiais à superfície do próprio corpo, incluindo comportamentos como cortar, queimar, arranhar e bater em si (APA, 2014). A prevalência é predominante em adolescentes, principalmente do sexo feminino, ainda que esteja presente também entre adultos (Cipriano, Cella, & Cotrufo, 2017).

Entre adolescentes que praticam a autolesão, observa-se que alguns grupos correm um risco maior (Young, Sproeber, Groschwitz, Preiss, & Plener, 2014). Por exemplo, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) têm aproximadamente 2 a 4 vezes mais probabilidade de se ferirem do que os adolescentes não LGBT (Young et al.,

2014). Adolescentes identificados com culturas alternativas – ou subcultura, termo usado para definir um forte senso de identidade coletiva de valores e gostos específicos do grupo – também podem ter envolvimento maior em comportamentos autolesivos, inclusive com variação do tipo do comportamento de risco. Por exemplo, enquanto estudos de subculturas mais antigas – identificadas com heavy metal – focalizam sua associação com o suicídio e a ideação suicida, subculturas contemporâneas – identificadas com estilos emo – tendem ao engajamento na autolesão não suicida (Young et al., 2014). Na contemporaneidade, observa-se cada vez mais a relação entre autolesão e identidade grupal, principalmente com a disponibilidade de conteúdos sobre comportamentos de risco na internet, a partir do compartilhamento dos valores do grupo em redes sociais (Silva & Botti, 2018).

Apesar do crescimento do número de pesquisas sobre a autolesão em adolescentes, pouco ou quase nada tem sido pesquisado sobre as representações que os próprios adolescentes têm acerca deste comportamento. Para estudar autolesão não suicida e suas representações na adolescência, a contribuição teórica das Representações Sociais de Moscovici possibilita análise sob perspectiva que privilegia tanto o aspecto social e cultural quanto a visão do âmbito da saúde. O conceito de Representações Sociais de Moscovici designa o aspecto dinâmico e criativo do conhecimento socialmente elaborado e partilhado no cotidiano das pessoas, que influencia a realidade psicológica, afetiva, analógica e por último, o próprio comportamento do indivíduo (Xavier, 2002). As Representações Sociais são medidas sociais da realidade, produto e processo de elaboração psicológica e social nos processos de interação e mudança social (Xavier, 2002).

As Representações Sociais possuem uma dimensão que instituem de tal forma a matriz social, cultural e histórica do indivíduo, que necessitam de questionamento e ação social, e por fim, podem oferecer espaço de intervenção e da transformação, tanto dos cotidianos como dos saberes que lhes sustentam (Jovchelovitch, 2014). Nesse sentido, no contexto da autolesão

não suicida, as Representações Sociais dos adolescentes sobre o tema influenciam a forma como eles lidam com a experiência, podendo tais representações apontar fatores protetivos e fatores de risco.

O presente estudo qualitativo tem como objetivo investigar como as representações sobre autolesão não suicida, construídas nas interações entre indivíduo e sociedade, são explicitadas pelos adolescentes através das Representações Sociais sobre o fenômeno. Através das representações sociais espera-se identificar o que é visível e invisível, o que é funcional e ainda o que desqualifica no tocante à prática de autolesão não suicida entre adolescentes a partir do seu conhecimento do fenômeno. A partir desta problematização, espera-se contribuir na compreensão da forma como o tema é visto pelos adolescentes e conjecturar, a partir das ideias e crenças representadas, propostas de intervenção.

## **Metodologia**

Este é um estudo exploratório, de perspectiva qualitativa, e que focaliza as Representações Sociais por meio de entrevistas que possibilitam a análise de conteúdo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando na análise das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2012).

A coleta de dados foi realizada numa escola estadual do município de Divinópolis, uma cidade de porte médio de Minas Gerais. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, contendo indagações referentes à representação social da autolesão para adolescentes. Para se chegar aos participantes da pesquisa, foi utilizado nesta pesquisa um tipo de amostragem nomeado como bola de neve (*snowball sampling*), que se trata de uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, sendo uma estratégia útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (Vinuto, 2014). Na amostra

por bola de neve, os indivíduos selecionados para serem estudados convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos (Vinuto, 2014). O primeiro passo, considerado como onda zero, é encontrar pessoas mais acessíveis pertencentes à população-alvo do estudo, que passam a ser a semente da amostra, aqueles que dão origem a todos os outros participantes da pesquisa. (Dewes, 2013). Nessa pesquisa, as sementes foram buscadas a partir de alunos que tinham na escola a função de representantes de sala de aula e a partir deles, outros adolescentes foram indicados. Os alunos que aceitaram participar da pesquisa também indicaram outros participantes, com o processo se findando assim que o tamanho de amostra almejado foi alcançado pelo critério de saturação das respostas, que é quando os dados alcançados passam a apresentar, no julgamento do pesquisador, certa redundância ou repetição (Fontanella, Ricas & Turatto, 2008).

Participaram da pesquisa os adolescentes entre 10 e 14 anos regularmente matriculados na escola escolhida para a pesquisa. 16 alunos adolescentes engajados no comportamento de autolesão e 16 alunos adolescentes que nunca apresentaram o comportamento de autolesão contribuíram respondendo ao instrumento de coleta de dados. Para os dois grupos pesquisados, levou-se em consideração como critérios de inclusão, adolescentes regularmente matriculados na escola de cenário da pesquisa, com 10 anos completos até 14 anos 11 meses e 29 dias e que fossem indicados por outro já entrevistado, adequando neste último caso à técnica de amostragem conhecida como bola de neve.

Caracterizando os participantes da pesquisa, a despeito da pesquisa abranger escolares de 10 a 14 anos, não houve indicação de participantes com a idade de 10 e 11 anos para participar do estudo, ou foram indicados e não quiseram participar, restringindo assim a amostra à faixa etária de 12 a 14 anos. Dos 32 participantes, 25 foram do sexo feminino e sete do sexo masculino. Dos 16 adolescentes com autolesão, 14 foram do sexo feminino e dois do sexo masculino. O nível de escolaridade dos participantes abrangeu do 7º ao 9º ano do Ensino



Fundamental. No momento da coleta nenhum dos adolescentes relatou tratamento em saúde, tanto aqueles com história de autolesão quanto aqueles sem história de autolesão, assim como nenhum deles fazia uso de algum tipo de medicamento de uso contínuo.

O referencial de análise utilizado foi a análise de conteúdo temático categorial com abordagem qualitativa proposta por Oliveira (2008). As categorias foram definidas a partir de dez questões respondidas pelos participantes sobre o conceito da autolesão, o que pensam sobre quem se autolesiona, como as pessoas reagem, quais motivos levam alguém a se autolesionar, como fica o adolescente após machucar a si mesmo, os significados de um corpo machucado e como fazer para ajudar. O desfecho primário deste estudo consistiu em chegar ao conhecimento dos significados atribuídos à prática de autolesão entre adolescentes. Este estudo respeitou a Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e apenas foi realizado após a sua aprovação. Em caso de adolescentes em situação de risco, haveria o encaminhamento para atendimento psicológico ou multiprofissional oferecido pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente (REMSA), que atua na própria escola. Porém, durante a coleta, não houve necessidade do encaminhamento.

## **Resultados e discussões**

### **Representações Sociais da autolesão segundo os adolescentes**

A seguir serão apresentadas duas categorias geradas a partir da análise temática dos dados: 1) os múltiplos significados da autolesão para os adolescentes; 2) vulnerabilidades da adolescência para a autolesão. As duas categorias surgiram a partir da significação das unidades de análise de conteúdo, correspondentes às questões compreendidas no instrumento de coleta de dados. Partindo dessas categorias, formularam-se subcategorias de acordo com os conteúdos expressos. Apesar de entrevistarmos adolescentes com comportamento autolesivo e

adolescentes que não apresentam o comportamento, a análise não é comparativa. Neste sentido, as categorias correspondem ao conteúdo manifesto pelos adolescentes com e sem história de autolesão. Portanto, trata-se de Representações Sociais da adolescência sobre a autolesão não suicida. A nomeação de um subgrupo (com ou sem autolesão) se dará somente quando houver especificidade ou diferenciação das representações dos dois subgrupos.

### **Os múltiplos significados da autolesão para os adolescentes**

Esta categoria é composta pelas subcategorias: significado da autolesão e pós-autolesão para os adolescentes com e sem história comportamento autolesivo, significado de quem é o adolescente que se autolesiona, significado do corpo autoferido e significados da autolesão para seus pares, pais e professores.

A autolesão para o adolescente significa tipo de dano, forma de enfrentamento ou expressão emocional e alerta do comportamento suicida. O tipo de dano mais recorrente verbalizado foi o cortar-se intencionalmente.

É a pessoa se machucar intencionalmente. Tem vários tipos de machucados, mas, na maioria das vezes é se cortando. (E16, Fem. 13a, S/A).

A gente pode se cortar, se bater e se arranhar também. (E8, Fem. 13a, C/A).

O corte acaba sendo o mais lembrado, possivelmente por ser o tipo de autolesão mais visível e também o que mais caracteriza o comportamento de ferir a si mesmo. Ao olhar do outro, outros tipos de autolesão podem num primeiro momento não ser identificados como ferimentos provocados pela própria pessoa, ou podem oferecer dificuldade para a identificação, como quando a pessoa bate em si mesma com tapas ou socos, bate a cabeça na parede e nos atos de arrancar o próprio cabelo, em que surgem hematomas pouco ressaltáveis. Além disso, muitos indivíduos que se autolesionam geralmente escondem seus ferimentos, por medo do julgamento e do sentimento de culpa que sentem (Carissimi, 2017).

A autolesão representa uma forma de enfrentamento ou expressão emocional. O comportamento neste caso é interpretado como uma forma de lidar com a tristeza, a mágoa, o isolamento, a pressão e outras sensações causadas pelos problemas vivenciados no dia a dia.

Para mim é alguém que não consegue desabafar, se isola de todo mundo e acha que a lâmina é a melhor amiga dela, que vai aliviar. (E11, fem. 13a, S/A).

É quando uma pessoa está muito acabada, para baixo, e ela só pensa em se ferir para acabar. (E9, Mas. 14a, C/A).

Busca-se assim com a autolesão uma sensação de alívio, interrompendo os sentimentos negativos. Numa perspectiva neuropsicológica essa sensação acontece devido reações neuroquímicas da liberação de beta-endorfina ( $\beta$ -endorfina) (que ocorrem no momento que o indivíduo produz lesões físicas) responsáveis pela sensação de alívio, bem-estar e relaxamento (Arcoverde, & Soares, 2012). A autolesão não suicida para o adolescente pode ser também uma forma de expressar no corpo a dor psíquica, demonstrar no corpo os sentimentos negativos que são difíceis de ser verbalizados. Porém, para Santos e Faro (2018), apesar de haver evidências empíricas que a autolesão não suicida é uma forma de enfrentamento, o alívio obtido é momentâneo e a busca de mais alívio reforça o comportamento prejudicial.

Os adolescentes avaliam a autolesão também como um estágio do comportamento suicida.

Acho que quando uma pessoa faz isso ela quer tirar sua vida, não quer viver mais, por isso ela está tentando começar deste estágio, porque o último é o suicídio. O primeiro vai pelos primeiros cortes. (E8, Fem. 14a, S/A).

São pessoas que se cortam, que tentam se suicidar. (E15, Fem. 14a, C/A).

Esta inferência da autolesão direcionada para o suicídio, já não vê o comportamento somente como um meio para obter alívio ou para expressar a dor psicológica, mas também, para dar fim ao sofrimento. Embora a tentativa de suicídio e a autolesão não suicida sejam comportamentos distintos, que diferem em intenção, forma e função, os comportamentos

coocorrem em um alto índice em adultos e adolescentes (Andover, Morris, Wren, & Bruzzese, 2012). Apesar desta distinção destacada na literatura, um estudo de revisão sistemática prognostica a autolesão como uma porta de entrada que pode vulnerabilizar os adolescentes ao comportamento suicida (Grandclerc, De Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal, & Moro, 2016). Os fatores de risco específicos para o comportamento autolesivo também se diferem comparando com o contexto da tentativa de suicídio. A última está mais associada a problemas familiares, ideação suicida, autoconceito instável, problemas de conduta e ocorrendo em várias faixas etárias e em ambos os sexos, enquanto que o comportamento autolesivo associa-se mais à desesperança, presença de um transtorno de ansiedade, ocorre mais no sexo feminino e em idade mais jovem (Andover, Morris, Wren, & Bruzzese, 2012).

A ideia de culpa e a dicotomia alívio-culpa aparecem nas representações quando se pergunta como fica o adolescente após ter se autolesionado. Neste sentido, a autolesão aparece como algo que não deveria ser feito. Vale ressaltar que uma das características da autolesão é de ser um comportamento não aceito socialmente (APA, 2014), e o adolescente ao optar pelo ato, pode se arrepender por infringir normas sociais.

Acho que ele depois se sente culpado de ter feito aquilo e não queria ter feito, mas, fez, como eles falam, para aliviar a dor deles. (E3, Fem. 14a, S/A).

Às vezes a gente se sente mal, fica culpada. Na hora que faz dá alívio, mas, com o passar do tempo a gente chega a pensar que nem vai fazer isso mais, mas daí vem um novo problema e eu faço de novo. É uma mistura de alívio com uma sensação de que não compensa. (E12, Fem. 14a, C/A).

Nesta dicotomia alívio-culpa percebe-se a sensação de confusão ou insegurança após o ato praticado. Na verdade, a relação do comportamento autolesivo com o sentimento de culpa não se restringe apenas à pós-autolesão. Ela também aparece como um fator precipitante para a autoagressão. Na experiência clínica, escuta-se falas de indivíduos que justificam o ato por terem feito algo que julgaram como errado, e a autolesão aparece como uma forma de expiar a culpa (Araújo, Chatelard, Carvalho, & Viana, 2016; Vieira, Pires, & Pires, 2016). Engaja-se

na autolesão, mas, ao mesmo tempo, nem sempre ela é aceita pelos próprios praticantes. Com o arrependimento o adolescente pode chegar a se propor em não mais se autolesionar, até chegar um novo problema, que acarreta a repetição do comportamento. Se o comportamento se repete, se o ciclo se mantém, a justificativa é justamente o benefício apontado, e que abona a dicotomia: o alívio (Giust, 2013).

Verifica-se que existe a representação de que quem se autolesiona vivencia uma variedade de sofrimentos (emocionais, comportamentais e físicos) e acaba se vendo como pessoa problemática.

Acho que eles se veem como uma pessoa problemática. Porque ela pensa: nossa se eu estou fazendo isso é porque eu tenho muitos problemas, então se aquela pessoa não faz a vida dela é perfeita, ela não faz, então está tudo certo com ela. Se eu estou fazendo é porque eu estou com muitos problemas então sou uma pessoa problemática. Ela vai se julgando, vai colocando defeitos nela mesma e vai piorando tudo porque uma coisa vai puxando a outra né, e quando ela se vê ela já está em uma bola de neve cheia de problemas piorando cada vez mais. (E1, Fem. 14a, S/A).

Penso que elas fazem isso talvez por motivos familiares, ou motivos pessoais, que não querem descontar nos outros por isso descontam em seus braços e tentam suicidar.. (E5, Fem. 13a, C/A).

Ao se analisar como uma pessoa problemática, o adolescente reforça o problema, julga a si mesmo, robustece os defeitos, fazendo a situação piorar. O próprio comportamento de autolesão reforça outras mudanças de comportamentos, como isolar-se para que as pessoas não percebam as autolesões provocadas. E se em muitas situações a autolesão é justificada pela obtenção de alívio ou outro tipo benefício, ela também acaba se tornando um motivo de tristeza, decepção e dor, afetando ainda mais a baixa autoestima. Nock (2009), porém, considera que ter problemas não determina por si só o investimento no comportamento de autolesão. O engajamento no ato, para além de associado aos problemas vivenciados, comumente está atrelado à falta de habilidades de comunicação e baixa capacidade de resolução de problemas (Nock, 2009). Ou seja, a vulnerabilidade intrapessoal é que culmina

em respostas ineficazes a eventos estressores e aumenta o risco de engajamento em comportamentos autolesivos.

Em relação ao significado de quem é o adolescente que se autolesiona para os pares, pais e professores encontrou-se ideias similares ou complementares. Enquanto pares, os adolescentes percebem que quem se autolesiona vive múltiplos sofrimentos e que precisam de ajuda. Os sofrimentos identificados são emocionais, pessoais, familiares, escolares e relacionais.

Eu penso que tem que ter uma dor muito grande, um problema muito grande, pra descontar em sim mesmo. (E16, Fem. 13a, S/A).

São pessoas que fazem isso porque passam por problema, com família, amigos, na escola, ou no namoro. (E13, Fem. 13a, S/A).

A autolesão não ocorre motivada simplesmente pelo efeito contágio, modismo ou por algum tipo de hobby. Se ela acontece, há um contexto de dor e sofrimento. Esta representação tem respaldo na literatura, que aponta a ligação dos eventos de vida estressantes ao risco de autolesão sem intenção suicida (Liu, Cheek, & Nestor, 2016). As vulnerabilidades que causam o estresse e o sofrimento podem tornar um indivíduo mais exposto a adversidades e influenciar a sua capacidade de usar abordagens alternativas quando estiver sofrendo, como a autolesão, para regular as emoções (Liu, Cheek, & Nestor, 2016). Diante das dificuldades ocorre o aparecimento de sintomas ou sentimentos negativos emocionais, como a depressão, a tristeza, a ansiedade e a dor psíquica. Há, no entanto, que ser lembrado mais uma vez que, além dos problemas vivenciados, o comportamento autolesivo está associado também às dificuldades intrapessoais focadas na falta de habilidades de enfrentamento e resolução de problemas (Nock, 2009).

Os alunos entrevistados percebem que o adolescente que se autolesiona precisa de ajuda. Entre a ajuda descrita encontra-se a emocional e familiar. Apesar do apontamento da necessidade de ajudar o adolescente que se autolesiona, os entrevistados não explicitaram

quais as formas de cuidado preventivo ou de supressão do comportamento autolesivo. Apenas há o apontamento de que a pessoa precisa de alguém de confiança para desabafar sobre o que está provocando o sofrimento. Também se percebe que o adolescente que se autolesiona, fala na maioria das vezes na terceira pessoa, efetivando assim que “o outro” necessita de ajuda, mas, sugerindo que não se identifica na situação:

Penso que elas precisam de ajuda e da afetividade da família. Mesmo que muitas vezes as pessoas que sofrem com isso não gostam que a família entre no meio elas precisam de ajuda. Todas precisam de ajuda, mas algumas precisam mais. (E8, Fem. 14a, S/A).  
Eu penso que é uma pessoa que precisa de ajuda, e se ela está fazendo isso é porque está acontecendo alguma coisa. (E16, Fem. 14a, C/A).

Esta dificuldade em apontar formas de ajudar efetivamente, sugere que há predominância de Representações Sociais baseadas em crenças e discursos do cotidiano de que a pessoa precisa simplesmente de alguém para poder desabafar. Até metade dos indivíduos que se autolesionam não recebem nenhum tipo ajuda e os que recebem alegam que preferem ter acesso a familiares e amigos do que de profissionais (Pumpa & Martin, 2015). Neste sentido, proposições devem ser alçadas acerca da necessidade de ações educativas para capacitar as pessoas que não atuam na área da saúde, principalmente em um contexto em que a visibilidade do fenômeno é maior. Quanto maior autonomia do indivíduo que se autolesiona, menores são as intenções de buscar ajuda (Pumpa & Martin, 2015), aumentando assim a necessidade de oferta de ajuda.

Ainda se encontra entre adolescentes com e sem história de autolesão a desaprovação com crítica e julgamento do comportamento do adolescente que se autolesiona. O discurso de reprovação do comportamento é caracterizado por Representações Sociais que: desqualificam o sofrimento: “não há motivo ou razão para fazer isso”, “é por que quer”; desqualificam o sujeito da ação: “a pessoa que faz isso é besta”, “burra”, “tem culpa por deixar chegar a este ponto”, “é ignorância”, “não pensa no pai e na mãe” etc.; desqualificam o comportamento:

“fazer isso é uma besteira”, “é uma coisa muito extrema”, “é agir por impulso”, “é buscar opção fácil”, “é modismo”, “prejudica demais o corpo e a saúde mental”, “pode acontecer algo grave”, “é errado” etc.; e desqualificam a utilidade do comportamento: “é perda de tempo”, “não é a saída”, “não vai mudar nada na vida”, “não vai resolver os problemas”, “podia estar fazendo outras coisas” etc. Esses julgamentos aludem que nos embates sociais há ainda a predominância de preconceito, desinformação e misticismo acerca da autolesão. Além do mais, diretrizes para ajudar pessoas que se autolesionam apontam que respostas emocionais e comentários de julgamento acarretam mais dificuldades nas intervenções (Plener et al, 2016).

Segundo os adolescentes que não tem história de autolesão, ressalta-se que aqui uma representação específica deste subgrupo, a tristeza aparece como significado da experiência de um corpo machucado por ele mesmo.

Tem umas pessoas que ficam tristes por verem que elas mesmas estão se machucando por alguns problemas. (E2, Fem. 13a, S/A).

Se sente triste, sozinha. (E4, Fem. 12a, S/A).

Um pouco ruim e triste para ela. (E6, Fem. 12a, S/A).

Deve ser muito triste. Porque, para chegar a este ponto ne. E deve sentir muita dor. (E10, Mas. 13a, S/A).

Se, por um lado a tristeza aparece especificamente no discurso de adolescentes que não praticam a autolesão, por outro o conceito não foi mencionado pelos próprios sujeitos que se autolesionam. Uma hipótese para a tristeza não ser citada por adolescentes com atual prática de autolesão, é de que há sentimentos mais intensos durante a época do engajamento na autolesão do que o de tristeza. A tristeza constitui-se universalmente como respostas humanas às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (Del Porto, 1999). Estudos apontam que emoções como raiva, ansiedade e estresse tendem a preceder a autolesão não suicida, acompanhadas por sentimento de alívio e calma após o ato, e somente



em longo prazo, com a diminuição daqueles sentimentos, a tristeza, a culpa e o arrependimento ganham projeção (Klonsky, 2007; In-Albon, Bürli, Ruf, & Schmid, 2013).

Como significado da experiência de um corpo machucado pela própria pessoa, existe a representação de que as marcas da autolesão podem remeter a lembranças dos fatos que geraram o sofrimento e também acender o arrependimento.

Só que vai ficar as marcas, então ela sempre vai lembrar o motivo do por que ela fez aquilo. Então ela nunca vai esquecer, ela está piorando mais ainda, porque quando ela olhar para aquilo, ela vai lembrar de novo porque ela fez (...). (E1, Fem. 14a, S/AE1, Fem. 14a, S/AE1, Fem. 14a, S/A).

Sempre que você olhar para o seu braço, sua perna, onde quer que você tenha se machucado, você vai se lembrar daquilo e não vai se sentir bem. (E6, Fem. 13a, C/A).

As Representações Sociais dos adolescentes têm certa corroboração da literatura. Um estudo, de base neurobiológica, aponta que adolescentes deprimidos que se envolvem em autolesão sem intenção suicida experimentam maior evocação de memórias autobiográficas passadas do que em jovens deprimidos sem autolesão ou saudáveis (Quevedo, Martin, Scott, Smyda, & Pfeifer, 2016). A pesquisa, porém, não assinala se o comportamento ou mesmo marcas das feridas exercem papel na evocação das lembranças. Já nas representações dos adolescentes, o corpo, uma vez escolhido para ser o canal de comunicação para a expressão da dor psíquica, carregará no tempo a mensagem. Uma vez que não se pode desvencilhar do corpo, assumido como canal de comunicação, o indivíduo que no ato da autolesão era o emissor da mensagem, tornar-se-á com o passar do tempo o receptor da mensagem, tendo de lidar com um conteúdo que remeterá a significados de outrora.

Quase sempre é evocada, no contexto da autolesão, qual é e como é a sensação sentida por quem fere a si mesmo. Afinal, e a dor física? Para os adolescentes, ferir a si mesmo pode significar um posicionamento de indiferença em ter um corpo com marcas de autolesão. “Não sentem”, “não ligam”, “não se importam”, “consideram coisa atoa” são representações que se tem sobre a sensação percebida de que se fere. Podemos interpretar que se trata

também aqui de uma desqualificação do ato e uma tentativa de naturalizá-lo. Um estudo sobre a percepção dolorosa durante a autolesão (Vieira, Pires, & Pires, 2016), exibiu como resultado a tendência a haver diferença entre quem apresenta o comportamento e quem não se autolesiona. Estes tendem a considerar que a dor deve ser intensa, já quem pratica a autolesão aponta que a dor é de baixa intensidade (Vieira, Pires, & Pires, 2016). É imperativo vincular a dor física ao aumento de riscos, já que a autolesão pode gradualmente habituar o indivíduo à dor, alterando assim sua percepção e aumentando a capacidade de suicídio (Westlund Schreiner, Klimes-Dougan, Begnel, & Cullen, 2015).

Os pais e professores se posicionam com desaprovação, julgamento, crítica ou proibições em relação ao comportamento de autolesão. Esta é a representação que se tem de como é a conduta daqueles, segundo os adolescentes. “Comportamento absurdo”, “fora do normal”, “algo errado”, “idiotice”, “bobeira”, “besteira”, “coisa atoa’ ou “ato para chamar a atenção” são só algumas expressões utilizadas pelos pais e professores para retratar o comportamento de autolesão. Além das manifestações de julgamento verbal, os pais e professores também tendem a tentar proibir o comportamento ou punir o adolescente pelo ato.

Na literatura, resultados revelam haver entre adolescentes com comportamento de autolesão vivências de níveis mais altos de afeto negativo e menores níveis de afeto positivo e coesão entre eles e seus pais (Crowell et al., 2008; Newman, Harrison, Dashiff, & Davies, 2008; Wolff, et al., 2013). Por outro lado, quanto aos professores, apesar da importância destes e da escola na vida dos escolares adolescentes, no contexto da autolesão os dados são inconclusivos, devido às limitações de estudos e aos resultados conflitantes dos estudos publicados (Wolff, et al., 2013). Mas a hipótese é de que os professores podem desempenhar um importante papel na prevenção ou cessação do comportamento autolesivo, principalmente se considerarmos que a escola é o cenário típico da ocorrência do bullying (Santos & Faro, 2017), um dos fatores apontados para justificar a autolesão.

Lembrando que se trata aqui das representações dos adolescentes. Pais e professores não foram ouvidos neste trabalho. Um estudo em que os pais e professores também apresentassem seu ponto de vista poderia ajudar a aferir se as Representações Sociais dos adolescentes fazem parte de uma crença disfuncional das figuras de autoridade. Ou, por outro lado, poderia apontar que o representado pelos adolescentes condiz com a realidade. Uma vez que se constatasse que os pais e professores são sim compreensivos, a intervenção deveria se basear no estímulo ao adolescente em confiar mais naqueles. Já se pais e professores realmente desqualificam o sofrimento do adolescente que pratica a autolesão, um trabalho educativo com eles seria necessário para êxitos em programas de prevenção. Ressalta-se que, segundo os entrevistados, os professores são mais compreensivos do que os pais com os adolescentes que se autolesionam, reforçando que aqueles podem assumir um importante papel em práticas preventivas e colaborativas no processo de ajuda a adolescentes que praticam a autolesão.

Os adolescentes ainda apontaram que para os pais e professores, o adolescente que se autolesiona precisa de ajuda de profissional da área de saúde mental. Por se tratar de um tipo socialmente como atípico, caracterizado como “doença”, “depressão” ou “coisa de doido”, buscar a um psicólogo, psiquiatra ou outra especialidade médica pode ser a conduta elegida por pais e professores.

A minha mãe, se acontecesse comigo, iria me levar em um psicólogo ou num médico. (E4, Fem. 12a, S/A)

Minha mãe quando descobriu, falou que era um negócio de gente doida e que ia me levar no psiquiatra. (E7, Fem. 14a, C/A)

A opinião dos professores, é que isso é uma pessoa que se fere precisa de ajuda, e de um acompanhamento com o psicológico. (E16, Fem. 14a, C/A).

Buscar ajuda com profissionais da saúde mental pode ser natural, já que muitos pais e professores demonstram preocupação ou tentam ajudar, mas, não entendem ou não sabem o que fazer diante de um adolescente que se autolesiona. Esta representação é consonante com a

ideia de que, para o adequado controle do comportamento autolesivo seja necessário, além do apoio familiar e social, o tratamento psicológico e farmacológico (Vieira, Pires, & Pires, 2016). Porém, a perspectiva da autolesão como sintoma é um fenômeno subjetivo, que não se apresenta necessariamente como uma doença, mas, como uma expressão ou manifestação de um conflito interno (Araújo, Chatelard, Carvalho, & Viana, 2016). Ao reduzirmos a autolesão como um simples sintoma de âmbito médico ou psiquiátrico, nós corremos o risco de silenciar o que está envolta do ato, e aquilo que o indivíduo quer comunicar.

Em síntese, nesta categoria dos múltiplos significados da autolesão para os adolescentes, a autolesão significa tipo de dano, forma de enfrentamento ou expressão emocional e alerta do comportamento suicida. Aparece a ideia de que o adolescente que se autolesiona se sente aliviado mas se arrepende ao mesmo tempo, ocasionando a dicotomia alívio-culpa, principalmente devido as marcas no corpo, que podem remeter a lembranças dos fatos que geraram o sofrimento. Existe a representação de que tanto para os pares, pais e professores existe a necessidade de buscar ajuda, já que quem se autolesiona vivencia uma variedade de sofrimentos. Mas a desaprovação com crítica e julgamento do comportamento do adolescente que se autolesiona também é uma manifestação comum. Portanto o comportamento das pessoas diante da autolesão tanto pode se consumir como fator protetivo quanto fator gerador de mais sofrimento.

### **Vulnerabilidades da adolescência para a autolesão**

Nesta categoria encontram-se as vulnerabilidades da adolescência para a autolesão, as suas motivações para a autolesão, a reação das pessoas frente a autolesão juvenil e as estratégias de redução de vulnerabilidades na adolescência para a autolesão. Para os adolescentes com e sem história de autolesão, existe a representação de que a adolescência é uma fase do ciclo vital com maior vulnerabilidade para a ocorrência do fenômeno. Isso devido

às mudanças vividas nessa fase, dificuldades emocionais e de enfrentamento próprio do adolecer em diversos contextos.

O próprio adolecer, marcado pelas mudanças dessa etapa no ciclo vital, apresenta-se como vulnerabilidade à autolesão. A adolescência, segundo os entrevistados, é uma fase de mudanças, de coisas novas, sendo que algumas trazem dificuldades, e reagir a elas às vezes torna-se um desafio difícil de lidar. Das situações da adolescência, que podem influenciar o comportamento reativo com a prática da autolesão, foram apontadas também as alterações hormonais, os pensamentos agitados, a tendência ao comportamento compulsivo e impulsivo, a instabilidade do emocional, a emergência de mais e diferentes problemas, as preocupações, o aumento da pressão e a necessidade de fazer escolhas.

Porque adolescência é a fase de mudança para as pessoas, é a hora que está conhecendo coisas novas, passando por momentos difíceis e acaba também que ela não consegue lidar com isso tudo. Aí eu acho que esse momento é o mais complicado também, que é por causa dessa mudança mesmo, ela não consegue reagir com tudo que está acontecendo e acaba chegando a isso. (E1, Fem. 14a, S/A).

Porque na adolescência você passa por várias mudanças de humor, uma hora você está triste, na outra feliz, uma hora você quer matar alguém, outra hora você está calmo e nessas mudanças de humor você fica meio depressivo, não quer levantar da cama, mas na mesma hora você está feliz. Aí tem hora que você acha que aquilo é a solução. (E6, Fem. 13a, C/A).

Nesse contexto do adolecer, carregado de sinais de sofrimento, o ataque ao corpo ganha a justificativa de uma reconstrução simbólica, evidenciando um trabalho de reação subjetiva do adolescente perante as adversidades. Há muito tempo as marcas corporais na adolescência têm sido reconhecidas como ritos de iniciação e inserção no grupo (Drieu, Pr oia-Lelouey, & Zanello, 2011). Trata-se, muitas vezes, de se despojar neste período das tensões que se lhes colam à pele, às vezes por ataques indiretos ao corpo ao se exporem a riscos, noutras vezes por ataques diretos ao corpo, com a prática da autolesão. A busca por solução sobre o que acontece com seu corpo, suas emoções e relações, principalmente se o adolescente está envolto por problemas psicológicos, problemas com uso de drogas, traumas

de infância, conflitos familiares, amorosos e outros da própria adolescência, faz com que o corpo sirva como instrumento para expressão da subjetividade (Santos, Santos, Freitas, Tenório, & Silva, 2017). Insistindo então, trata-se, às vezes, do apagamento ou, ao contrário, do reaparecimento do corpo, que demarca a passagem à vida adulta e a integração do sujeito jovem a seu grupo social (Drieu, Proia-Lelouey, & Zanello, 2011). Autenticando o conceito de autolesão não suicida, o adolescente, então, ao invés de flertar com a morte, parece muito mais buscar projetar suas tensões no corpo para dominá-las melhor.

Foram mencionadas também as dificuldades emocionais e de enfrentamento próprio do adolecer, as dificuldades na escola, na família, nos relacionamentos afetivos ou sociais. Percebe-se como vulnerabilidade representada pelos entrevistados um dualismo entre muitos problemas acontecendo ao mesmo tempo e a falta de habilidades para lidar em lidar com elas. Neste dualismo podemos apreender que existem os fatores externos, que são reconhecidos como temeridades que podem provocar sofrimentos e então levar os adolescentes a praticar a autolesão. Por outro lado há os fatores internos, muito envoltos ao discurso de que o adolescente ainda não apresenta habilidades de enfrentamento no mesmo nível dos adultos. Dentre as vulnerabilidades contextuais levantadas, ou fatores externos, aparecem os limites impostos pelos pais, problemas (conceito repetido muitas vezes sem especificação), situações dentro de casa, não ser aceito em rodas de amigos, alterações hormonais, motivos pessoais, coisas que acontecem na vida de difícil resolução, as escolhas da adolescência, conflitos com os pais, dificuldades e bullying na escola e conflitos no namoro. Já dentre as vulnerabilidades intrínsecas ao adolecer, que existem independentemente dos fatores externos, são citados: a dificuldade de lidar com as emoções, dificuldade de se abrir com os pais ou com outras pessoas, limitações da consciência e do entendimento das coisas, da insuficiência de discernimento, da inabilidade de lidar com sofrimentos e afins – em suma, falta do amadurecimento cognitivo/emocional.

Podemos levantar a questão: estas Representações Sociais acerca das dificuldades na adolescência derivam do senso comum e constituem-se através da percepção social? Ou apenas repete-se o discurso técnico acadêmico que chega até eles? Livros, revistas e publicações têm sido produzidos para levar aos pais e educadores um saber mais técnico sobre a adolescência. A adolescência tornou-se um tema de interesse para o qual se tem criado um saber específico, e, concebida como uma fase da vida, sua sintomatologia ganhou até um conceito próprio, designada de “síndrome normal da adolescência” (Aberastury & Knobel, 1989). Por outro lado, Freitas e Silva (2014) lembram que, o adolescente busca encontrar conteúdos sobre si mesmo, e na contemporaneidade digital, procuram reformular os conceitos que têm a respeito da fase em que vivem. Essa busca também pode acarretar em um discurso que não se origina de uma autorrepresentação, mas, de uma repetição do discurso cultural dominante.

As dificuldades emocionais em vários contextos relacionais próprios do adolecer, como família, escola, namoro e amizade são motivos apontados para o comportamento da autolesão. Repetem-se ou estendem-se aqui os motivos que podem levar o adolescente a se autolesionar.

Tem vários motivos. Um deles é a autoestima baixa, relacionamentos, problemas escolares, familiares, problemas gerais e mudanças que eles todos estão passando. A maioria das vezes a pessoa se sente pra baixo em relação a outra, ela fica se comparando com outras pessoas e acabam pensando assim: por que eu não consigo? Por que essa pessoa tem isso e eu não tenho? E ela acaba se sentindo mal e outros fatores também. (E1, Fem. 14a, S/A).

Foi devido à família, namoro, ou por causa de problema na escola. Mas o motivo principal é a pessoa que eu mais conversava passou a fazer raiva (a mãe). Até a pouco tempo eu me cortava, e só ela me fazia fazer isso das últimas vezes. (E15, Fem. 14a, C/A).

A complexidade do comportamento de autolesão entre adolescentes se enuncia na representação multifatorial para as funções da autolesão. Aqui, a diferença para a subcategoria anterior, é que, a fase da adolescência não é apontada como um fator precipitante para o

comportamento de autolesão, mas sim, as várias situações que acarretam sofrimento. Na literatura, observa-se que a autolesão sem intenção suicida tem a função tanto de influenciar o meio social em que se vive, quanto para gerenciar as emoções internas, dependendo dos motivos apontados para o ato (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). É importante compreender o contexto que fez emergir o sofrimento para o adolescente, para ajudá-lo a substituir os comportamentos autolesivos por alternativas funcionas (Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2014). Os esforços de intervenção podem assim ser adaptados para reduzir os problemas individuais, desenvolver habilidades positivas de comunicação e gerenciamento do estresse, podendo também incluir um resolutivo apoio social (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007).

Em relação à reação das pessoas frente à autolesão, as representações dos adolescentes apontam para a vivência de atitudes positivas e negativas. Concernente a condutas positivas, os adolescentes verbalizaram que há manifestações de oferta de ajuda dos pares, da família, do namorado/a e busca de ajuda dos professores ou profissionais da saúde mental. Os adolescentes não envolvidos com o comportamento de autolesão relataram como eles agiram ou agiriam diante de um colega que se autolesiona. Chamar para conversar, perguntar sobre o problema e sugerir a busca de ajuda com alguém, professores ou um tratamento foram procedimentos citados. Já adolescentes com autolesão – aqui sim, a maioria falando na primeira pessoa, ou seja, sujeito da ação – mencionaram a ajuda de várias pessoas próximas, mas, com ênfase para o papel das mães e das amigas e amigos. Namorada/o e profissional escolar também foram citados. As principais atitudes positivas apontadas foram chamar alguém para ajudar, procurar ajuda profissional e chamar para conversar.

De forma contrária à existência da ajuda, os adolescentes também verbalizaram reação negativa, de julgamento, ou naturalização das pessoas frente a autolesão. As Representações Sociais de adolescentes com autolesão sem autolesão não se distinguiram. Ambos apontaram



que houve reações negativas em situações em que as pessoas ficaram sabendo de adolescentes com comportamentos de autolesão.

Reagiram muito mal por ela ter se cortado, porque ninguém gostou de ela ter feito isso. (E3, Fem. 14a, S/A).

A reação dos meus amigos não foi tão legal, começaram a falar “que besteira”, “por que você faz isso?”, “se fosse eu não faria”, “isso é coisa de doido” Mas eles não estão sentindo o que eu sinto para eu me cortar. (E8, Fem. 13a, C/A)

Para fazer o adolescente parar de se cortar, até o recurso da ameaça ou chantagem é aplicado, quando familiares, amigos ou namorados advertem de que, se não houver a cessação do corte no corpo, o efeito seria o corte na relação. Formas de julgamento aparecem em verbalizações que apontam o ato da autolesão como “besteira”, “coisa de doido”, “algo errado”, “perda de tempo”, “ridículo”, “idiotice”, “burrice” e outros. Percebe-se por estas representações a naturalização da autolesão, com a rotulagem de ser um fenômeno normal, um simples drama, ou simplesmente não se observa a preocupação ou não se dá atenção. Vale lembrar que aqui se trata de uma representação social dos adolescentes, não se configurando como um dado coletado junto a indivíduos para saber o que eles pensam sobre quem se autolesiona. É comum as pessoas que realizam a autolesão possuírem a crença de serem incompreendidos, julgados ou criticados (Santos, Santos, Freitas, Tenório, & Silva, 2017; Carissimi, 2017). Diante desse cenário, o fazer ético do profissional na área de saúde deve ser pautado na possibilidade de ouvir o indivíduo sem emitir julgamentos, permitindo uma comunicação fluida e de confiança (Couto & Cunha, 2017).

Também foi lembrada pelos entrevistados, a indiferença das pessoas em relação aos adolescentes que se autolesionam e ainda a própria invisibilidade do fenômeno da autolesão juvenil. A indiferença fica evidente, segundo os entrevistados, quando as pessoas fingem não ver – para não se comprometerem -, não ligam e não dão atenção quando ficam sabendo. Já a invisibilidade da autolesão acontece devido a dois aspectos apontados nas Representações Sociais. O primeiro tem a ver com o próprio comportamento de quem pratica a autolesão, que

em muitos casos preferem não mostrar para outras pessoas. Alguns inclusive tampam ou escondem as feridas no corpo.

Muitas pessoas veem e fingem que não viram para não ter que perguntar e querer se envolver no que está acontecendo. (E1, Fem. 14a, S/A).

Quase nenhuma pessoa vê e tipo, não fala nada. Porque quase todo mundo que se corta, não são todos, pois, alguns querem mostrar que se cortam, mas quase todo mundo que se corta tampa. (E1, Fem. 13a, C/A)

Hack e Martin (2018) em um estudo indicam que as condutas de reprovação vindas do ambiente familiar e social podem suscitar o sentimento de vergonha, inibindo os adolescentes de compartilhar o comportamento autolesivo. O segundo aspecto da invisibilidade da autolesão tem a ver com a já citada indiferença das pessoas. Neste caso, a indiferença pode ter explicações oriundas da dinâmica de vida que se leva, ou mesmo devido ao paradigma individualista da contemporaneidade, em que as pessoas não têm tempo e interesse em dar atenção ao sofrimento do outro. A vivência de indiferença resulta, segundo Fortes e Kother (2017), da incapacidade daquele no qual se espera afeto, de dirigir um olhar amoroso para o indivíduo, não gerando assim o processo apaziguador no momento de angústia. A vivência de indiferença permite-nos entender que a autolesão faz significar, no ataque ao próprio corpo, a cruel dimensão da sensação de inexistência de si mesmo para o outro (Fortes & Kother, 2017).

Para redução de vulnerabilidades na adolescência que podem levar à autolesão, encontrou-se o diálogo sem julgamento ou proibição, mas com apoio emocional e ajuda na resolução dos problemas. Percebe-se assim a representação social da autolesão como um comportamento envolto de dificuldades relacionais e afetivas. Lembrando que muitas vezes o assinalado não é a falta de comunicação ou diálogo, mas, a qualidade e o potencial suporte que oriundo dele. Resultados mostram a precariedade nas relações afetivas quase sempre presente entre as características dos indivíduos envolvidos na autolesão não suicida (Martin, Bureau, Yurkowski, Lafontaine, & Cloutier, 2015; Serafini et al., 2017). Adolescentes nessa situação podem ter dificuldades de buscar ajuda ou iniciar uma aproximação para dialogar.

Ações educativas devem habilitar as pessoas para tomar a iniciativa da aproximação e ofertar ajuda àqueles que estão em situação de sofrimento e isolamento.

As representações dos adolescentes a respeito de como reduzir a vulnerabilidades para o comportamento da autolesão encontram-se na diversidade de estratégias e habilidade de enfrentamento pessoal. Apesar da indicação de ajudas externas para a cessação ou evitação do comportamento autolesão, como o acesso a grupos religiosos, apoio de familiares ou uso da medicação, a maioria das estratégias representadas pelos adolescentes apontam para a necessidade de fazer algo que tire do foco do problema.

Sim, é a questão do pensamento, os pensamentos que afetam a gente, mudam nosso comportamento. Por isso temos que procurar sempre fazer coisas agradáveis, mesmo que tenhamos muitos problemas, temos que procurar ocupar a mente, estudar, se divertir. (E8, Fem. 14a, S/A).

Sim, eu antes me feria, e eu entrei na academia e é lá que eu desconto minha raiva. Procurar uma coisa que possa distrair a cabeça, desestressar. Uma coisa que eu goste de fazer e que não deixe dar vontade de me ferir. (E9, Mas. 14a, C/A).

Procurar fazer coisas agradáveis, ocupar a mente, estudar, se divertir, buscar informações, dormir, tomar um banho, ouvir músicas e frequentar uma academia foram situações citadas. São estratégias que sugerem, portanto, uma fuga da situação que provoca o sofrimento emocional. Porém, deve ser considerada a possibilidade da presença do sintoma de anedonia (perda ou diminuição da capacidade de sentir prazer ou interesse) em adolescentes com histórico de comportamento autolesivo. Há apontamento de que existe significativa associação entre a anedonia e atos autoagressivos (Zielinski, Veilleux, Winer, & Nadorff, 2016). Portanto, pode haver pouca predisposição do adolescente que se autolesiona em se envolver em algo que dá prazer, reduzindo o efeito dessa indicação isoladamente.

Também se encontra a ajuda dos pares, da família, da escola e de profissionais de saúde mental como estratégias para redução das vulnerabilidades da autolesão juvenil.

Sim, as pessoas procurarem ajuda para quem se autolesiona. Procurar ajuda com os pais dela, ou com os professores, procurar um psicólogo. (E4, Fem. 12a, S/A).

Sim, ajuda da família, amigos, fazer um tratamento com psicólogo, dependendo do caso com um psiquiatra. (E5, Fem. 13a, C/A).

É importante observar então que, alguns fatores apontados em outros momentos como vetores para o sofrimento são também assinalados como potenciais recursos para auxiliar adolescentes que se autolesionam. Assim, o contexto familiar, escolar e relacional, ao mesmo tempo em que pode ser fonte de produção da dor emocional, pode também apresentar meios para a cessação do sofrimento. Já a representação de que há a necessidade de buscar ajuda com profissionais da área da saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, sugere que nem sempre o meio vai apresentar por si só as saídas para a cessação do sofrimento e do comportamento de autolesão. Um estudo alemão aponta que, os tratamentos psicoterapêutico e psicofarmacológico no contexto da autolesão sem intenção suicida são limitados isoladamente, propondo a opção por uma abordagem baseada “no consenso” (Plener et al, 2016). No estudo evidenciou-se a eficácia das abordagens psicoterapêuticas, a necessidade do apoio de familiares e grupos de apoio e não foi apontada uma terapia psicofarmacológica específica, embora não fosse descartada tal intervenção (Plener et al, 2016).

Ressalta-se que adolescentes com história de autolesão verbalizaram que não existem coisas que podem ajudar um adolescente a não se autolesionar – não houve aqui tais representações do grupo de adolescentes sem história de comportamento autolesivo.

Acho que, para mim não tem não. (E4, Mas, 14a, C/A)

Não sei, acho que não. (E7, Fem. 14a, C/A)

Acho que não tem outro jeito, porque quando a gente começa a se cortar parece que vira um vício. Pois quanto mais você se corta, mais problemas vem, então a gente tem muitos problemas, vai se cortando e vira um vício. Tem uma hora que não dá para parar mais. (E8, Fem. 13a, C/A).

Estas representações vindas somente de adolescentes com autolesão demarcam o sentimento de desesperança vivenciado por eles. Estudos apontam que adolescentes com atual prática autolesiva são mais propensos a relatar atitudes mais negativas em relação à busca de ajuda e apresentam menores intenções de procurar ajuda do que adolescentes sem o

comportamento ou adolescentes com histórico pregresso de autolesão (Plener et al, 2016; Pumpa, & Martin, 2015;). Esses achados sugerem que atitudes e intenções de buscar ajuda são fatores que podem ser explorados para ações da cessação da autolesão sem intenção suicida.

A análise dos dados desta categoria trouxe assim que as vulnerabilidades da adolescência para a autolesão surgem através de contextos como o próprio adolecer, as dificuldades na escola, na família, nos relacionamentos afetivos ou sociais e devido às dificuldades emocionais e déficits em habilidades de enfrentamento do adolescente. Existe assim um dualismo entre muitos problemas acontecendo ao mesmo tempo e a falta de habilidades para lidar em lidar com eles. As pessoas frente à autolesão, apresentam atitudes positivas e negativas, com manifestações de oferta de ajuda e ao mesmo tempo de julgamento ou naturalização do comportamento. Para redução das vulnerabilidades se sobressaiu o apontamento do diálogo sem julgamento ou proibição e com o apoio emocional e ajuda na resolução dos problemas.

Este estudo desmistifica a romantização do comportamento de autolesão não suicida entre adolescentes. Ao longo deste trabalho discutimos acerca do comportamento autolesivo utilizando o referencial teórico das Representações Sociais. Percebemos que a autolesão traz em seu bojo significados de sofrimento, dificuldades e pedidos de ajuda. Na discussão dos resultados aponta-se que há representações dos adolescentes que são reforçadas pela literatura, e há representações que podem ser consideradas como crenças ou mitos elaborados através do sendo comum. No último caso, intervenções psicoeducativas podem contribuir para a não desqualificação e naturalização do sofrimento no contexto da autolesão. Na literatura consultada, verificamos alternativas de tratamento da automutilação que incluem abordagens psicoterapêuticas, em algumas situações a terapia farmacológica, mas, sobretudo, e em primeiro plano, a necessidade do empoderamento familiar e social no apoio aos adolescentes em situação de sofrimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Destaca-se a relevância deste estudo por ter permitido chegar ao conhecimento do fenômeno da automutilação pelo viés do olhar dos adolescentes. Outra contribuição é a possibilidade de proporcionar subsídios para construção de ações de políticas e programas preventivos direcionados a essas problemáticas no contexto da automutilação entre adolescentes. A partir das representações dos adolescentes, pôde-se chegar aos significados atribuídos à autolesão e pós-autolesão e sobre o adolescente que se autolesiona, e também abordar os apontamentos sobre as vulnerabilidades da adolescência para a autolesão e estratégias de redução de vulnerabilidades na adolescência para a autolesão.

Verifica-se através das representações da autolesão pelos adolescentes que os tipos de ajuda para prevenir ou cessar o comportamento autolesivo perpassam pelo apoio sem julgamento por parte de familiares, professores, amigos e pessoas próximas, e busca de ajuda com profissionais que atuam em Saúde Mental. Os esforços de intervenção devem então priorizar inicialmente a identificação de adolescentes em sofrimento, com consequente oferta que ajude na ressignificação dos problemas individuais, no desenvolvimento de habilidades positivas de comunicação e gerenciamento das emoções, podendo também incluir um resolutivo apoio social.

Como limitações deste estudo, destaca-se que a variabilidade nacional e internacional do conceito de autolesão introduziu uma ingerência na seleção de artigos, o que pode ter influenciado no processo de análise e discussão de dados. Deve-se considerar que a pesquisa se restringiu a adolescentes de faixa etária de 10 a 14 anos, não cabendo uma generalização universal dos dados acerca do comportamento autolesivo. Outra limitação no processo de discussão dos dados diz respeito ao fato de que pais e professores não foram ouvidos neste trabalho. Um estudo em que os pais e professores também apresentassem seu ponto de vista

poderia ajudar a aferir se as Representações Sociais dos adolescentes fazem parte de uma crença disfuncional ou apontar que o representado pelos adolescentes condiz com a realidade.

## Referências

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1989). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artmed.
- Arcoverde, R. L. & Soares, L. L. C. (2012). Funções neurológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v. 25, n. 2. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a11v25n2.pdf>
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6, 11. doi:10.1186/1753-2000-6-11
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, J. F. B., Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. de C. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497-515. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515>.
- Bock, A. M. B. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 63-76. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007>.
- Carissimi, A. C. B. *O enigma da adolescência e automutilações na dança da vida*. Trabalho apresentado como requisito parcial para Conclusão do Curso de Especialização em Intervenção Psicanalítica na Clínica da Infância e Adolescência. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2017. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168631/001046581.pdf?sequence=1>.

- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946.
- Couto, D. L., & Cunha, Luane S. P. (2017). Marcas na pele: A autolesão sob a ótica da Gestalt-terapia. *Revista IGT na Rede*, v. 14, nº 27, 2017. p. 233 – 259. Recuperado de <http://www.igt.psc.br/ojs>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 15-21. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.15.
- Del Porto J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. Maio de 1999 [citado em 2018 16 de dezembro]; 21 (Suppl 1): 06-11. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>.
- Drieu, D., Proia-Lelouey, N., e Zanello, F. (2011). Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14 (1), 09-20. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000100001>
- Fortes, I. & Kother, M. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38), 353-367. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>.
- Fonseca, P. H. N. (2016). *Prevalência e funções da autolesão sem intenção suicida entre adolescente*. Trabalho de Conclusão de Curso. Divinópolis: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, Minas Gerais.
- Freitas, E. A. R. & Silva, L. C. A. (2014). Escritas de si mesmo: os adolescentes e seus blogs. *Psicologia Clínica*, 26 (2), 139-157. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652014000200009&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200009&lng=en&tlng=pt).



- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo* (tese). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- In-Albon, T., Bürli, M., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 5. doi:10.1186/1753-2000-7-5.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the empirical evidence. *Clinical Psychology Review* 27: 226–239. doi: 10.1016 / j.cpr.2006.08.002.
- Liu, R. T., Cheek, S. M., & Nestor, B. A. (2016). Non-suicidal self-injury and life stress: A systematic meta-analysis and theoretical elaboration. *Clinical psychology review*, 47, 1-14.
- Quevedo, K., Martin, J., Scott, H., Smyda, G., & Pfeifer, J. H. (2016). The neurobiology of self-knowledge in depressed and self-injurious youth. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 254, 145-55. doi: 10.1016 / j.pscychresns.2016.06.015.
- Martin, J., Bureau, J-F., Yurkowski, K., Lafontaine, M-F., & Cloutier, PF. (2015). Heterogeneity of relational backgrounds is associated with variation in non-suicidal self-injurious behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 511-522. doi:10.1007/s10802-015-0048-1
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721-2009.01613.x
- Nock, M. K. (2010) Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6:339–63. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192787> doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., Kapusta, N. D., Resch, F., Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 10, 46. doi:10.1186/s13034-016-0134-3

- Pumpa, M., & Martin, G. (2015). The impact of attitudes as a mediator between sense of autonomy and help-seeking intentions for self-injury. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 27. doi:10.1186/s13034-015-0058-3
- Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 5-14. <https://dx.doi.org/10.24879/201800120010092>
- Santos, A. M. A., Santos, C. A., Freitas, L. R. F., Tenório, M. M. C., Silva, R. S., (2017) *Corpo, injúria e símbolo: a automutilação em jovens*. Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia. Fortaleza (CE) DeVry Brasil - Damásio - Ibmecc, 2017. Recuperado de <https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/47232-corpo-injuria-e-simbolo--a-automutilacao-em-jovens>.
- Santos, L. C. S. (2017). *Conduitas autolesivas e bullying em adolescentes de Sergipe*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE. Recuperado de <https://ri.ufs.br/handle/riufs/5935>.
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Murri, M. B., Erbuto, D., Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, Article ID 149. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>.
- Silva, C. A., & Botti, L. N. C. (2018). Caracterização do perfil de participantes de um grupo de automutilação no facebook. *Salud & Sociedad*, 9(2), 160-169. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2018.0002.00003>.
- Vieira, M. G., Pires, M. H. R. e Pires, O. C. (2016). Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*, 17 (4), 257-260. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160084>.
- Wolff, J., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Burke, T., Sloan, E., & Spirito, A. (2013). Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 41(6), 1005-13. Doi: 10.1007 / s10802-013-9743-y

- Westlund Schreiner, M., Klimes-Dougan, B., Begnel, E. D., & Cullen, K. R. (2015). Conceptualizing the neurobiology of non-suicidal self-injury from the perspective of the Research Domain Criteria Project. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 57, 381-91. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.09.011>.
- Xavier, R. (2002). Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?. *Psicologia & Sociedade*, 14(2), 18-47. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822002000200003>.
- Jovchelovitch, S. (2014). Representações Sociais e Polifasia Cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In: Almeida, A. M. O., Santos, M. F.S., Trindade, Z. A. (Orgs). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos* (pp.212-238). Brasília: Technopolitik.
- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC psychiatry*, 14, 137. Doi:10.1186/1471-244X-14-137.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8, 23. Doi:10.1186/1753-2000-8-23
- Zielinski, M. J., Veilleux, J. C., Winer, E. S., & Nadorff, M. R. (2016). A short-term longitudinal examination of the relations between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. *Comprehensive psychiatry*, 73, 187-195. Doi: 10.1016 / j.comppsy.2016.11.013

Psicólogo. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de São João Del Rei.  
Brasil. E-mail: paulohenriquekajuru@hotmail.com

Germano, Martins Germano

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de São João Del Rei. Bolsista de Iniciação Científica. Brasil.

Brasil. E-mail: martinsgermano@gmail.com

Botti, Nadja Cristiane Lappann

Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. Brasil.

Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

## **LIMITAÇÕES**

---

## **7. LIMITAÇÕES**

A variabilidade nacional e internacional do conceito de autolesão introduziu uma ingerência na seleção de artigos. Ao forçar a busca utilizando diferentes vocábulos – como autolesão, automutilação, autodano, etc. – correu-se o risco de discutir o conceito com pequenas variações conceituais, o que pode ter influenciado no processo de análise e discussão de dados.

Outra limitação no processo de discussão dos dados diz respeito ao fato de que pais e professores não foram ouvidos neste trabalho. Um estudo em que os pais e professores também apresentassem seu ponto de vista poderia ajudar a aferir se as Representações Sociais dos adolescentes fazem parte de uma crença disfuncional ou apontar que o representado pelos adolescentes condiz com a realidade.

Deve-se considerar que a pesquisa se restringiu a adolescentes de faixa etária de 10 a 14 anos, não cabendo uma generalização universal dos dados acerca do comportamento autolesivo. Além disso, conforme corrobora a própria literatura, a escola é o espaço onde o fenômeno da autolesão é mais visível, podendo-se conjecturar se em outros contextos a pesquisa alcançaria o mesmo nível de saturação.

E por último, na escola onde foi concretizada a pesquisa, existiu anteriormente, realizado por uma equipe multiprofissional em saúde do adolescente, um trabalho de conscientização e educação sobre o comportamento de autolesão com os alunos. A suspeição da influência que tal intervenção teve nas respostas dos adolescentes deve ser considerada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível identificar, através das Representações Sociais, os significados atribuídos à prática de autolesão entre adolescentes. Percebe-se em meio aos múltiplos significados levantados, que o comportamento autolesivo suscita manifestações opostas, com atitudes compreensivas por parte de muitos e de desqualificação por parte de outros. Em consonância com a literatura, está a representação de que a autolesão tem a função de redução das emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura, ou resolver uma dificuldade interpessoal não suicida. Porém, a autolesão não suicida foi também representada como um propósito de tentativa do suicídio, o que não condiz com seu conceito e com a sua função.

Os motivos apontados para a autolesão não suicida foram muitos, tendo como sinopse a ideia de que os adolescentes envolvidos no comportamento passam por sofrimentos psíquicos, gerados por problemas oriundos do meio familiar, escolar, social, afetivos e afins, além de apresentarem dificuldades intrapessoais, focadas na falta de habilidades de enfrentamento e resolução de problemas. Neste sentido, foram apontados tipos de ajuda para prevenir ou cessar o comportamento autolesivo, como o apoio sem julgamento por parte de familiares, professores, amigos e pessoas próximas, e busca de ajuda com profissionais que atuam em Saúde Mental. Por outro lado, também nesta conjuntura surgiram representações negativas que desqualificaram o comportamento, com a desaprovação com crítica e julgamento do comportamento do adolescente que se autolesiona, relevando o sofrimento existente. O adolescente neste caso engaja-se na autolesão por burrice, besteira, modismo, ignorância, escolhas erradas e outros motivos que desconsideram a dor psíquica. Estas representações sugerem que trabalhos devem ser feitos para sensibilizar a compreensão do sofrimento do outro, possibilitando a cessação de atitudes de julgamento e aumentando a oferta de ajuda entre os pares.

Uma constatação importante neste trabalho é que, a principal diferença representada entre participantes do estudo com história de autolesão e participantes nunca envolvidos no comportamento, é que os últimos acreditam ser possível ajudar adolescentes que se autolesionam, enquanto aqueles não veem a ajuda como algo plausível. Este é um dado importante que pode nortear ações preventivas e corretivas. Uma vez que adolescentes com autolesão tendem a descrever que podem ser ajudados, e que, portanto, convergem a não tomar

iniciativa, as ações devem pautar empreendimentos que visam a aproximação, identificação e oferta atrativa de ajuda.

Através dos significados atribuídos ao comportamento de autolesão não suicida, aos tipos de ajuda mencionados e com o apoio da literatura, este trabalho propõe as ações devem ser norteadas por diretrizes baseadas em consenso, privilegiando a adaptação das estratégias ao perfil epidemiológico local. Tais diretrizes devem ser desenvolvidas em reuniões entre profissionais que lidam com adolescentes envolvidos em comportamentos autolesivos. O grupo de trabalho deve basear as propostas através do suporte da literatura e do levantamento de dados do local de abrangência, com as diretrizes acordadas em uma conferência final de consenso. Neste sentido, as diretrizes devem apontar um conjunto de recomendações baseadas em consenso, que podem ser usadas para apoiar o desenvolvimento de novas intervenções, aproximando as diferentes visões e abordagens de diferentes profissionais na gestão do apoio a adolescentes engajados em comportamentos autolesivos.

## **REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

ALVES, Ronaldo Cardoso. **Representações Sociais e a construção da consciência histórica**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-06032008-113817/pt-br.php>>. Acesso em: 08 out. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 DSM-5** / [Tradução da 5a ed.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - . e . Porto Alegre: Artmed. 2014.

ARAUJO, Juliana Falcão Barbosa de et al . O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 21, n. 2, p. 497-515, ago. 2016 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282016000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 15 dez. 2018. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROCAS Andrea.; HANKIN Benjamin.; YOUNG Jami.; ABELA John. Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. **Pediatrics** [on-line], v. 130 n.1, p. 39-45. Jul 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3382916/>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

BEZERRA, Elys de Oliveira et al . Representações Sociais de adolescentes acerca da relação sexual e do uso do preservativo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 1, p. 84-91, Mar. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100084&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100084&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada (VIVA/SINAN)**. Portal da Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/17225-vigilancia-de-violencia-interpessoal-e-autoprovocada-viva-sinan-componente-i>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

BROOKS, Fiona, et al. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): World Health Organization Collaborative Cross National Study England National Report. **University of Hertfordshire**; Hatfield, UK, set. 2015. Disponível em: <<http://www.hbscengland.com/wp-content/uploads/2015/10/National-Report-2015.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.



CABRAL, Catarina Alexandra Abrunhosa. **Representações Sociais do Suicídio na Adolescência**. Projeto Final de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu: Viseu. 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2990>>. Acesso em: 20 out. 2018.

CALVETE Esther.; ORUE IzaskunI.; AIZPURU Leire.; BROTHERTON Hardin. Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. **Psicothema**. [on-line], v. 27, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.psicothema.com/pdf/4256.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

CARVALHO, Camila Neves. **A eficácia da estratégia do Facebook na promoção e percepção de segurança da comunidade virtual**. Dissertação de Mestrado em Comunicação Estratégica. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: <<https://run.unl.pt/handle/10362/23169>> Acesso em: 28 out. 2018.

CASTELLVÍ, Pere et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. **J. Affective Disor.** (2015), mar. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28315579>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

CEDARO, José Juliano; NASCIMENTO, Josiana Paula Gomes do. Dor e Gozo: Relatos de mulheres jovens sobre autolesionações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, 203-223, fev 2013.

CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery; KOLLER, Sílvia Helena; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. (Orgs.), **Adolesc. e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

CORRÊA, Sergio Marques; OLIVEIRA, Denize Cristina de; RIBEIRO, Marcio Tadeu Francisco. Abordagem estrutural das Representações Sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. **R. de Enferm.**, v. 7, n. 2, p. 186-195, ago 2003,. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717991006>>. Acesso em: 11 out. 2018.

CROMACK, Luiza Maria Figueira; BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz Fernando Rangel. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de Representações Sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, Apr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

CSORBA, Janos; DINYA Elek; PLENER Paul; NAGY Editar; & PÁLI Eszter. Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and nonsuicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**. [on-line] v. 18, n. 5. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19165533>>. Acesso em: 07 mai. 2018.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 06-11, maio de 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>.

DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos**. 2013. 53 f. Monografia – Instituto de Matemática, Departamento de Estatística. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/BOLA%20DE%20NEVE%202013.pdf>. Acesso em: 02 Mai 2017.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: Representações Sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 620-626, Dec. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Mai 2017.

DUGGAN Jamie; HEATH Nancy; HU Tina. Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body con-sciousness, depression and emotion dysregulation. **Child and Adol. Psych. and Mental H.**, v. 9, n. 21, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495797/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

DURKHEIM, David Émile. **Sociologia e filosofia**. Tradução Fernando Andrade. São Paulo: Ícone, 2007.

DURKHEIM, Émile. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares ; BRUM, Jane Lilian Ribeiro . As Representações Sociais e Suas Contribuições no Campo da Saúde. **R Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 05-14, 2000. Disponível em<<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4323/2282>>. Acesso em: 16 out. 2018.

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira. **Prevalência e funções da autolesão sem intenção suicida entre adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso. Divinópolis: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente, Universidade Federal de São João del-Rei; 2016.

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

GARRETO, Anna Karla Rabelo. **O desempenho executivo em pacientes que apresentam autolesionação**. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [on-line]. Programa de Psiquiatria, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06082015-124601/pt-br.php>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIUSTI, Jackeline Suzie.. **Autolesionação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade

de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/>>. Acesso em: 25 set. 2015.

GONÇALVES, Sonia Ferreira, et al. Conducta autolesiva en adolescentes portuguesas. **Psicothema**, v. 24, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <<http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA307184409&sid=googleScholar&v=.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=02149915&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymouEntry=true>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 11a ed. 2009.

GUERREIRO, Diogo Frascuilho. **Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping**. (Tese de Doutorado) [on-line]. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2014. Disponível em: <[http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/relatorio\\_de\\_investigacao\\_ul.pdf](http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/relatorio_de_investigacao_ul.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2018.

HALE, Daniel; VINER, Russell. The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, mai. 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.1186/s12889-016-3120-z>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

HAWTON Keith; BERGEN Helen; COOPER Jaine; TURNBULL Pauline; WATERS Keith; NESS Jennifer; KAPUR Nav. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. **Jour Affec Disor**. 175:147–51. 2015. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.062.

HAWTON, Keith, et al. Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. **BMJ** v. 32, n. 5, nov 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC135492/>>. Acesso em: ago. 2016.

HERNANDO, Mónica Díaz de Neira. **Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental**. (Tese de doutorado). Universidad autónoma de Madrid, Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. 2014 Disponível em: <[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz\\_de\\_neira\\_monica.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz_de_neira_monica.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 14 mar. 2017.

JAMES, Shamagonam et al. The association between adolescent risk behaviours and feelings of sadness or hopelessness: a cross-sectional survey of South African secondary school learners. **Psychol Saúde Med.**, v. 12, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28290218>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

JESUINO, Jorge Correia. Um conceito reencontrado. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo.(Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. - Brasília: Technopolitik, 2014. p. 41 - 76.

KIPPING Ruth et al. Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: findings from a UK birth cohort. **The Euro J. Pub Hea**, v. 25, n. 1, . Fev. 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.1093/eurpub/cku078>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

KIRCHNER Tereza, et al. Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. **Actas Esp Psiquiatr.**, v. 39, n. 4, jul 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21769746>>. Acesso em: mar 2017.

KLONSKY, David et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. **Child Adol Psyc Ment He**, v. 9, n. 44, set 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586000/>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

LLOYD-RICHARDSON, Elizabeth et al. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. **Psyc Med.** v. 37, n. 8, ago. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538378/>>. Acesso em: jul. 2016.

LLOYD-RICHARDSON, Elizabeth et al. Research with adolescents who engage in non-suicidal self-injury: ethical considerations and challenges. **Child Adol Psyc Ment He**, v. 9, n. 37, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4584461/>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

LLOYD-RICHARDSON, Elizabeth, et al. Self-mutilation in a community sample of adolescents descriptive characteristics and provisional prevalence rates. (Tradução de Scivoletto S). Poster presented at: **Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine: New Orleans**; 1997.

LUCAS, Marco Antonio. Sobre noção de representação em filosofia e na pesquisa cognitiva em inteligência artificial. **Textos e Debates**, v -, n. 1, p. 13-29 . 1995. Disponível em: <<http://revista.ufr.br/index.php/textosedebates/article/view/904/744>>. Acesso em: 11 out. 2018.

MARTINS, Alberto Mesaque; CARVALHO, Cristiene Adriana da Silva; ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel. Pesquisa em Representações Sociais no Brasil: cartografia dos grupos registrados no CNPq. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 104-114, abr. 2014 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

MARTINS, Priscilla de Oliveira; TRINDADE, Zeidi Araújo; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. O ter e o ser: Representações Sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722003000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

MATOS, Margarida Gaspar de. Dados nacionais 2010-Abril 2011: problemas emergentes e contextos sociais. **Health Behav. in School-age Child. (HBSC)**. Lisboa: Aventura Social; 2011. Disponível em: <[http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373\\_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf)>. Acessado em: 17 de mar. 2017.

MATSUMOTO, Toshihiko et al. Self-burning versus self-cutting: patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. **Psychiatry Clin. Neurosci**, v. 59 n. 1, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15679542>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17 n. 3, p. 621-626, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MUEHLENKAMP, Jennifer; GUTIERREZ, Peter. An investigation of differences between selfinjuri-ous behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. **Suic. Life Threat Behav**, v. 34, n. 1, set 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106884>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

NOCK, Mathew. Self-Injury. **Ann. Rev. of Clin. Psych.** [on-line], v. 6, n. -. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192787>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

NOCK, Matthew; PRINSTEIN, Mitchell. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. **J Consult Clin Psychol** v. 72, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.people.fas.harvard.edu/~nock/nocklab/Nock\\_Prinstein\\_JCCP2004.pdf](http://www.people.fas.harvard.edu/~nock/nocklab/Nock_Prinstein_JCCP2004.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2016.

OLIVEIRA, Denize Cristina de Oliveira. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo.(Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. - Brasília: Technopolitik, 2014. p. 774 - 828.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização. **R. de Enfermagem UERJ**. v.16, n.4, p.569-76. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (Vol. 1). São Paulo, SP: Edusp. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**. São Paulo: Fapesp. 2014.

PACHECO, Joaquim Reinaldo Ferreira. **Representações Sociais do suicídio em futuros Comandantes de Polícia**. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna: Lisboa, 2016. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15559>>. Acesso em: 20 out. 2018.

PALMONARI, Augusto e CERRATO, Javier. Representações Sociais e Psicologia Social. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo.(Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. - Brasília: Technopolitik, 2014. p. 402 - 441.

PHILOGENE, Gina; COLLEGE, Sarah Lawrence. O Alcance das Representações Sociais: impacto e ramificações. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo.(Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** - Brasília: Technopolitik, 2014. p. 492 - 519.

PLENER, Paul; ALLROGGEN, Marc; KAPUSTA, Nestor; BRÄHLER, Elma; FEGERT, Jorge; GROSCWITZ, Rebecca. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. **BMC Psychiatry.**, v. 16, n. 1, 2016;. doi:10.1186/s12888-016-1060-x.

QUIROGA, Fernando Lionel; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. O adolescente e suas Representações Sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 863-878, Sept. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Out. 2018.

RIBEIRO, Luiz Paulo, ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel. História, abordagens, métodos e perspectivas da Teoria das Representações Sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. -, 2016, (Maio-Agosto). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309346236022>>. Acesso em: 6 out. 2018.

ROCHA, Luis Fernando. Teoria das Representações Sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 46-65, Mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 08 Out. 2018.

SANTOS, Viviani.; ICHIKAWA, Elisa. Representações Sociais, história e memória: possíveis contribuições para os estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 12, n. 31, p. 2213-2231, 29 nov. 2017. DOI: 10.21171/ges.v12i31.2261.

SHIMIZU, Helena Eri et al . A estrutura das Representações Sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2899-2910, Sept. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902899&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902899&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>.

SILVA, Aline Conceição; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 67-76, dez. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0194>>. Acesso em: 16 dez. 2018.

SILVA, Aline Conceição; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Caracterização do perfil de participantes de um grupo de automutilação no facebook. **Salud & Sociedad**, v. 9, n. 2, p. 160-169, 30 jul. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22199/s07187475.2018.0002.00003>>. Acesso em: 08 de abril de 2018.

SOUSA, Clarilza Prado de; VILLAS BOAS, Lúcia Pintor Santiso; NOVAES, Adelina de Oliveira. Contribuições dos estudos de Representações Sociais para compreensão do trabalho

docente. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo.(Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** - Brasília: Technopolitik, 2014. p. 830 - 869.

STEWART Jeremy et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. **J. of Psyc. Research**, v. 84, n. -, jan. 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

TEIXEIRA, Elizabeth. et al. Representações Sociais de adolescentes sobre saúde-doença e interesses de participação em grupos educativos. **R. de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9166>> Acesso em: 25 out. 2018.

TORO, Giovana Vidotto Roman et al . O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682013000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 mar. 2018.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

VELHO, Maria Teresa Aquino de Campos; QUINTANA, Alberto Manuel; ROSSI, Alvaro Garcia. Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. **Rev. Bioét.** , Brasília, v. 22, n. 1, p. 76-84, Abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

VIEIRA, Sandra Maria Nogueira. **Representações Sociais sobre a delinquência juvenil:** Estudo comparativo entre duas amostras de estudantes pós-graduados. Dissertação para obtenção de grau de Mestre Em Antropologia. Universidade de Lisboa: Lisboa. 2014. Disponível em: <<https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6536>>. Acesso em: 8 out. 2018.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/2144-6186-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. **Library Cataloguing-in-Publication** [on-line], ISBN 978 92 4 154957 8. 2016. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 19 jan. 2018.

YOUNG, Robert et al. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. **BMC Psychiatry** v. 22, n. 14, mai 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24885081>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

YSTGAARD Mette, et al. Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. **J. of Adolescence**, , v. 32, n. -,

2008. Disponível em: [http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/09/DSH\\_Adolescents\\_Comparison.pdf](http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/09/DSH_Adolescents_Comparison.pdf). Acesso em: 28 mar. 2017.

ZDANOW, Carla; WRIGHT'S, Bianca. The Representation of self injury and suicide on em social networking groups. **African Sociol. Review**, v. 16, n. 2, 81-101. 2012. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/asr/article/view/87564>> Acesso em: 20 out. 2018.

ZETTERQVIST, Maria. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. **Child Adol Psyc Ment He**, v. 9, n. 31. 2015. <http://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>.

ZETTERQVIST, Maria; LUNDH, Lars-Gunnar; SVEDIN, Carl. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. **Child Adol Psyc Ment He** [on-line], v. 8, n. 23. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4127172/>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

ZOROGLU, Suleyman Salih, et al. Attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. **Psychiatry Clin. Neurosci** v. 57, n. 1, jan 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x/full>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

## APÊNDICES

---



## APÊNDICES

Quadro 1 – Características pessoais dos adolescentes entrevistados sem história de autolesão.

Adolescente	Idade	Sexo	Ano	Com quem mora	Reprovação escolar
E1	14	F	9º	Pais	Não
E2	13	F	9º	Mãe e cachorras	Não
E3	14	F	9º	Pais e irmão	Não
E4	12	F	7º	Pais e irmão	Não
E5	14	F	9º	Pais, irmã e irmão	Não
E6	12	F	7º	Pais e dois irmãos	Não
E7	14	M	9º	Pais e irmão	Não
E8	14	F	9º	Mãe, padrasto e três irmãos	Não
E9	13	M	7º	Pais e irmão	7º
E10	14	F	9º	Pais	Não
E11	13	F	8º	Pais	Não
E12	12	F	7º	Mãe, pai e irmão	Não
E13	14	M	9º	Mãe, pai e dois irmãos	Não
E14	14	M	9º	Mãe, pai e duas irmãs	Não
E15	14	M	9º	Meus tios	6º e 9º
E16	13	F	8º	Pai, mãe (adotivos) e dois irmãos	Não

Quadro 2 – Características pessoais dos adolescentes entrevistados com história de autolesão.

Adolescente	Idade	Sexo	Ano	Com quem mora	Reprovação escolar
E1	14	F	9º	Mãe, padrasto e irmã	Não
E2	13	F	9º	Mãe, padrasto e dois irmãos	Não
E3	13	F	9º	Mãe	Não
E4	14	F	9º	Mãe, padrasto e três irmãos	Não
E5	13	F	8º	Mãe e avô	Não
E6	13	F	8º	Mãe e irmã	Não
E7	14	F	9	Pai, mãe e irmão	Não
E8	13	F	8º	Mãe, vó e irmão	3º e 7º
E9	14	M	8º	Mãe, pai e irmãos	Não
E10	13	F	8º	Pai, mãe e irmã	Não
E11	13	F	8º	mãe, padrasto e irmã	Não
E12	14	F	9º	Pai, mãe e irmã	Não
E13	14	M	9º	Pai e mãe e irmão e irmã	8º
E14	14	F	9º	Mãe	Não
E15	14	F	9	Pai e mãe	Não
E16	14	F	9º	Pai e avó (mãe falecida)	Não

Quadro 3 – Características de história de vida dos adolescentes entrevistados sem história de autolesão.

<b>Adolescente</b>	<b>Experimentação de uso drogas</b>	<b>Doença</b>	<b>Acompanhamento de saúde</b>	<b>Uso de medicação</b>
<b>E1</b>	Não	Não	Não	Para labirintite
<b>E2</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E3</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E4</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E5</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E6</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E7</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E8</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E9</b>	Não	Não	Não	Trileptal e Urbanil para desmaio
<b>E10</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E11</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E12</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E13</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E14</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E15</b>	Álcool e maconha	Não	Não	Fez uso de ritalina
<b>E16</b>	Não	Não	Não	Não

Quadro 4 – Características de história de vida dos adolescentes entrevistados com história de autolesão.

<b>Adolescente</b>	<b>Experimentação de uso drogas</b>	<b>Doença</b>	<b>Acompanhamento de saúde</b>	<b>Uso de medicação</b>
<b>E1</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E2</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E3</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E4</b>	Não	Não	Dentista	Não
<b>E5</b>	Não	Não	Posto de saúde	Não
<b>E6</b>	Não	Não	Psicólogo	Não
<b>E7</b>	Não	Não	Não	Fez uso de antialérgico
<b>E8</b>	Não	Diabetes	Médico	Não
<b>E9</b>	Álcool e maconha	Não	Não	Não
<b>E10</b>	Álcool	Não	Não	Não
<b>E11</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E12</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E13</b>	Álcool	Gagueira	Não	Não
<b>E14</b>	Álcool	não	Posto de saúde	Não
<b>E15</b>	Não	Não	Posto de saúde	Não
<b>E16</b>	Álcool	Não	PSF	Não

## Roteiro de Entrevista (Adolescentes com histórico de autolesão)

### Dados Pessoais

1. Nome (iniciais)
2. Sexo
3. Idade
4. Série escolar
5. Estado civil

### História de vida

1. Com quem mora?
2. Já foi reprovado em alguma série escolar? Se sim, qual?
3. Faz uso de tabaco, álcool ou outras drogas? Se sim, há quanto tempo e padrão de uso?
4. É portador de alguma doença? Se sim, qual?
5. Faz tratamento e acompanhamento em serviço de saúde? Se sim, qual?
6. Faz uso de medicamento? Se sim, qual?

### História do comportamento de autolesão

1. Para você, o que é autolesão?
2. O que você pensa sobre se autolesionar?
3. Para você um adolescente tem maior chance de se autolesionar? Poderia me explicar por que?
4. Para você, qual a opinião dos seus familiares e professores acerca do ato de se ferir?
5. Para você, existem coisas que podem ajudar um adolescente a não se autolesionar?
6. Como foi quando você se autolesionou? O que aconteceu?
7. Quando você se machucou, como as pessoas reagiram em relação ao seu comportamento?
8. Como é para você viver a experiência de um corpo machucado por você mesmo?
9. Poderia me contar os motivos das vezes que se autolesionou?
10. Como você se percebe após ter se autolesionado?

## Roteiro de Entrevista (Adolescentes sem histórico de autolesão)

### Dados Pessoais

1. Nome (iniciais)
2. Sexo
3. Idade
4. Série escolar
5. Estado civil

### História de vida

1. Com quem mora?
2. Já foi reprovado em alguma série escolar? Se sim, qual?
3. Faz uso de tabaco, álcool ou outras drogas? Se sim, há quanto tempo e padrão de uso?
4. É portador de alguma doença? Se sim, qual?
5. Faz tratamento e acompanhamento em serviço de saúde? Se sim, qual?
6. Faz uso de medicamento? Se sim, qual?

### História do comportamento de autolesão

1. Para você, o que é autolesão?
2. O que você pensa sobre quem se autolesiona?
3. Para você um adolescente tem maior chance de se autolesionar? Poderia me explicar por que?
4. Para você, qual a opinião dos seus familiares e professores acerca do ato de se ferir?
5. Para você, existem coisas que podem ajudar um adolescente a não se autolesionar?
6. Algum colega seu se autolesiona? Como foi? O que aconteceu?
7. Quando ele se machucou, como as pessoas reagiram em relação ao comportamento dele?
8. Como você imagina que é para seu colega viver a experiência de um corpo machucado por ele mesmo?
9. Para você quais os motivos que levam um adolescente a se autolesionar?
10. Para você, como um adolescente se percebe após ter se autolesionado?

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do responsável pelo adolescente**

**Título:** “SIGNIFICADOS DA AUTOLESÃO SEGUNDO ADOLESCENTES”.

Seu (a) filho (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: “Significados da autolesão segundo adolescentes”. A pesquisa é realizada pela Professora Nadja Cristiane Lappann Botti, e pelo mestrando Paulo Henrique Nogueira da Fonseca, da Universidade Federal de São João Del Rei, campus Centro Oeste Dona Lindu.

A colaboração de seu filho é voluntária e consiste em responder a uma ficha de identificação e a um questionário com perguntas abertas, que abordarão questões a respeito da prática de comportamento de autolesão.

Muitos comportamentos ligados à doença, lesões, mortalidade ou outros resultados negativos têm sua origem na adolescência. Incluem-se a estes comportamentos a prática de autolesão sem intenção suicida. É interesse deste estudo identificar os significados atribuídos à prática de autolesão pelos adolescentes, já que tem chamado a atenção do público em geral, o aumento desse comportamento.

Os dados do seu filho serão tratados com segurança para garantir a confidencialidade e sigilo do estudo. Afirmamos que as respostas dele são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que vocês terão liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Ressaltamos ainda que o nome do seu filho não será identificado em nenhum momento, pois os questionários serão identificados através de códigos. Como medidas que garantam a privacidade e individualidade durante a coleta, seu filho irá responder os questionários em local privativo (sala de aula da escola). Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e/ou publicados em revistas científicas da área.

Os pesquisadores manterão os dados arquivados durante um período de 5 anos a partir da data da aplicação dos questionários e após esse tempo serão destruídos. Garantimos o não uso de imagem, bem como a não estigmatização dos participantes desta pesquisa. As informações coletadas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Os riscos decorrentes da participação do seu filho nesta pesquisa são decorrentes da possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder os questionários da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para tanto vocês terão oportunidade de esclarecer as dúvidas quantos às questões a serem abordadas previamente, tendo a liberdade de não participar do estudo e responder às mesmas. Além disso, em caso de danos psicológicos decorrentes da participação no estudo, será oferecida assistência psicológica no ambulatório da Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente no Centro de Saúde São José (Divinópolis/Minas Gerais). Portanto, mediante às medidas de prevenção adotadas, os riscos da participação do seu filho neste estudo são considerados mínimos. Ainda caso ocorra algum dano não previsto, será garantida a indenização em relação aos mesmos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo responsável do participante da pesquisa e o pesquisador responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderá entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu: Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400- Sala 304 Bloco da Biblioteca. Bairro: Chanadour - Divinópolis – MG. Telefone: (37) 3221-1580.

A participação do(a) seu(a) filho (a), ou adolescente que se encontra sobre sua responsabilidade jurídica, é muito importante e totalmente voluntária e acontecerá através das respostas de um questionário e dois instrumentos, todos de natureza de múltipla escolha.

Afirmo que todas as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e não sendo revelado o nome e informações pessoais dos participantes, além de reservar-lhes o direito de interromper sua contribuição no trabalho a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, solicitar a saída do seu filho e não permitir a utilização de suas informações, sem que haja nenhum prejuízo para você, nem para o entrevistado.

CONSENTIMENTO:

Eu li e entendi este termo, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com o(a) pesquisador(a) e autorizo meu filho(a) em participar da pesquisa.

Nome do responsável: (a), \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: / / .

Pesquisadora: Nadja Cristiane Lappann Botti

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, Divinópolis MG -CEP 35.501-296.

Telefone: (37) 32211267

Pesquisador: Paulo Henrique Nogueira da Fonseca

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, Divinópolis MG -CEP 35.501-296.

Telefone (37) 99452992

Eu, \_\_\_\_\_, como pesquisador responsável para aplicar esse termo, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa ou representante legal para a participação na mesma.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

### **Termo de Assentimento Livre e Esclarecido do adolescente (TALE)**

Título: “SIGNIFICADOS DA AUTOLESÃO SEGUNDO ADOLESCENTES”.

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: “Significados da autolesão segundo adolescentes”. A pesquisa é realizada pela Professora Nadja Cristiane Lappann Botti, e pelo mestrando Paulo Henrique Nogueira da Fonseca, da Universidade Federal de São João Del Rei, campus Centro Oeste Dona Lindu. Sua colaboração é voluntária e consiste em responder uma ficha de identificação e três instrumentos de múltipla escolha validados, que abordarão questões a respeito do uso da internet e do comportamento autolesivo.

Ressalto que seu nome e informações pessoais não serão revelados, respeitando suas informações e privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, visando o objetivo de analisar os significados atribuídos à prática de autolesão pelos adolescentes. Sua colaboração é importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas é livre sua participação.

Os dados serão tratados com segurança para garantir a confidencialidade e sigilo do estudo. Afirmamos que suas respostas são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Ressaltamos ainda que o seu nome não será identificado em nenhum momento, pois os questionários serão identificados através de códigos. Como medidas que garantam a privacidade e individualidade durante a coleta, você irá responder os questionários em local privativo (sala de aula da escola). Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e/ou publicados em revistas científicas da área.

Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa são decorrentes da possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder às questões norteadoras da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para tanto você terá oportunidade de esclarecer as suas dúvidas quantos às questões a serem abordadas previamente, tendo a liberdade de não participar do estudo e responder às mesmas. Além disso, em caso de danos psicológicos decorrentes da participação no estudo, será oferecida uma assistência psicológica no ambulatório da Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente no Centro de Saúde São José (Divinópolis/Minas Gerais). Portanto, mediante às medidas de prevenção adotadas, os riscos de sua participação neste estudo são considerados mínimos. Ainda caso ocorra algum dano não previsto, será garantida a indenização em relação aos mesmos.

Sua colaboração é importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas é livre sua participação. As informações coletadas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Este Termo de Assentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa, pelos seus pais ou responsáveis por você e pelo pesquisador responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes

Em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de suas informações, sem que haja nenhum prejuízo para você.

Os riscos desta pesquisa consistem em constrangimento. A participação no estudo não oferece riscos adicionais a sua saúde além dos que você está submetido quando responde a um questionário por escrito.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderá entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu: Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400 - Sala 304 Bloco da Biblioteca. Bairro: Chanadour - Divinópolis – MG. Telefone: (37) 3221-1580.

ASSENTIMENTO:

Eu, como entrevistado, afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização das informações exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a):

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: / / .

Pesquisadora: Nadja Cristiane Lappann Botti

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, Divinópolis MG -CEP 35.501-296.

Telefone: (37) 32211267

Pesquisadora: Paulo Henrique Nogueira da Fonseca

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, Divinópolis MG -CEP 35.501-296.

Telefone (37) 99452992

Eu, \_\_\_\_\_, como pesquisador responsável para aplicar esse termo, obtive de forma apropriada e voluntária o Assentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador