

Universidade Federal da Grande Dourados
Faculdade de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Elenice Peixoto da Costa dos Santos

**CORRELACIONANDO FATORES AMBIENTAIS E O COMPORTAMENTO DE
AUTOLESÃO**

Dourados-MS

2021

Universidade Federal da Grande Dourados
Faculdade de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Elenice Peixoto da Costa dos Santos

**CORRELACIONANDO FATORES AMBIENTAIS E O COMPORTAMENTO DE
AUTOLESÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos comportamentais e cognitivos.

Professor Orientador: Dr Paulo Roberto dos Santos Ferreira

Dourados-MS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

S237c Santos, Elenice Peixoto Da Costa Dos

CORRELACIONANDO FATORES AMBIENTAIS E O COMPORTAMENTO DE
AUTOLESÃO [recurso eletrônico] / Elenice Peixoto Da Costa Dos Santos. -- 2021.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: PAULO ROBERTO DOS SANTOS FERREIRA.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2021.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Autolesão. 2. Comportamento. 3. Ambiente. 4. Função. I. Ferreira, Paulo Roberto Dos Santos.
II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



UFGD

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR **ELENICE PEIXOTO DA COSTA DOS SANTOS**, ALUNA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO “PSICOLOGIA”.

Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro de dois mil e vinte e um, às treze horas, em sessão pública, realizou-se na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados, a Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada **“CORRELACIONANDO FATORES AMBIENTAIS E O COMPORTAMENTO DE AUTOLESÃO”** apresentada pela mestranda **Elenice Peixoto da Costa dos Santos**, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Prof. Dr. Paulo Roberto dos Santos Ferreira/UFGD (presidente/orientador), Prof. Dr. Felipe Maciel dos Santos Souza/UFGD (membro titular) e Profa. Dra. Luciana Leonetti Correia/FACESB. Iniciados os trabalhos, a presidência deu a conhecer à candidata e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Dissertação. Após a candidata ter apresentado a sua Dissertação, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a Defesa, a Banca Examinadora, em sessão secreta, passou aos trabalhos de julgamento, tendo sido a candidata considerada APROVADA, fazendo *jus* ao título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**. **Os membros da banca abaixo assinados atestam que todos os membros participaram de forma remota¹ desta defesa de dissertação, considerando a candidata APROVADA, conforme declaração anexa.** Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Dourados, 25 de fevereiro de 2021.

Prof. Dr. Paulo Roberto dos Santos Ferreira /UFGD – Participação remota*

Prof. Dr. Felipe Maciel dos Santos Souza/UFGD – Participação remota*

Profa. Dra. Luciana Leonetti Correia/FACESB – Participação remota*

¹ Participação remota dos membros da banca conforme § 3º do Art. 1º da Portaria RTR/UFGD n. 200, de 16/03/2020 e Art. 2º e 5º da Instrução Normativa PROPP/UFGD N° 1, de 17/03/2020

Dedicatória

Aos meus pais Francisco e Aurenice

Ao meu filho Rafael Santos da Silva

À minha irmã Luciana e ao meu sobrinho Gustavo Henrique

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, aos Mestres, aos meus pais e ao meu filho. Já tive muitas coisas que guardei em minhas mãos e as perdi, mas tudo que guardei nas Mãos de Deus eu ainda possuo. Nesta oportunidade, com o coração grato, elevo meu pensamento a Deus Supremo por está alegria e conquista. Por tantas vezes imaginei que seria impossível, que era um mundo grande demais, um caminho muito tortuoso que meus pés, meu corpo e minha mente não poderiam suportar, mas até aqui Deus me sustentou. Obrigada Deus por tudo o que o Senhor me deu! Aos mestres por direcionarmos ao verdadeiro caminho da fé dirigida a Deus.

Aos meus pais por acreditarem, incentivarem e cuidarem de mim e do Rafael com todo amor e dedicação que lhes são próprios. Por desde pequena me ensinarem a ajudar o próximo, a respeitar a todos sem distinção e por, mesmo que indiretamente, me encaminharem à profissão que assumo como vocação de vida e que me permite ajudar tantas pessoas, e confesso, eu amo ajudar, sou grata por ter essa permissão.

Ao meu filho Rafael, ele não é só a minha motivação, ele é a minha inspiração. Ele me inspira a desejar o bem, a fazer o bem, a cuidar, a amar, a ser melhor a cada dia, a buscar, a me reinventar, me adaptar e lutar, lutar por um mundo de melhor qualidade de vida, pra mim, pra ele, para nossa família e para aquelas pessoas que necessitarem de mim enquanto profissional de saúde mental. Quero estar bem, para ele estar bem e assim juntos ajudarmos muitas pessoas, levar alegria e entusiasmo. Ensiná-lo que feliz mesmo é aquele que tem um bom coração, um coração grato e que tem paixão pelas simplicidades da vida. Meu filho, obrigada por tanto! Eu te amo!

Ao meu orientador e amigo Paulo Roberto dos Santos Ferreira. Ele sim é um exímio comportamental, extremamente reforçador. Das muitas vezes que eu lhe disse:

estou perdida, não sei mais o que fazer, parece que faço, faço e não saio do lugar. Lá vinha ele com toda sua paciência, zelo e amizade me dizendo que sim, eu estava indo bem. Para sempre vou me lembrar de suas palavras... “somos fortes quando ser forte é só o que nos resta.” Professor, meu Muito Obrigada! Aos professores avaliadores, Luciana Leonetti e Felipe Maciel, pelas importantes contribuições que muito enriqueceram este estudo.

A minha amiga de infância, Leidinalva Lima de Oliveira, que foi minha cobaia, foi pra ela que fiz a minha primeira apresentação do pré-projeto de pesquisa, afinal eu precisa treinar para a banca de entrevista do seletivo. E simplesmente pela amizade e por esses longos anos de confidências e sinceridades.

Aos meus primos Juede da Costa Peixoto e sua esposa Suzana Otanno Peixoto pelo apoio e amparo incondicional. Eles que abriram as portas de sua casa a mim nesta temporada de visita semanal a Dourados. Recebam a minha gratidão, a minha oração e o meu respeito pela eternidade.

Não posso pecar por esquecimento, portanto, elevo minha gratidão a Janaina Souto pelo incentivo e por me apresentar à Daiane Daleaste, ela que me mostrou o caminho das pedras, me orientou e incentivou no princípio de tudo, desde os itens básicos de um pré-projeto até ao resultado do processo seletivo, afinal foi ela que me deu a notícia de que eu tinha sido aprovada.

Por fim, porém não menos importante, a Zita Centenaro, nesta ocasião, secretária de educação de Amambai-MS pela compreensão e apoio nestes dois anos de dedicação a pós-graduação. Como forma de reverenciá-la e agradecer comprometo-me e dar o melhor de mim nas minhas atividades laborais. E a todos aqueles que direta ou indiretamente acompanharam esta luta, acreditaram em mim, me ofereceram amizade, orações, colo e abraços que reconfortavam. Tudo isso me sustentou até aqui. Gratidão!

Nunca foi sorte, sempre foi Deus!

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Elenice Peixoto da Costa dos Santos, sou nascida em Iguatemi-MS, em 18 de março de 1989. Filha de Francisco Moreira dos Santos e Aurenice Peixoto da Costa dos Santos, produtores rurais. Morei na fazenda até os 12 anos, quando por decisão dos meus pais viemos embora para Amambai-MS para facilitar o acesso aos estudos a mim e minha irmã, onde moro até hoje. Aos 15 anos fui agente jovem (programa do governo federal da época) no município de Amambai, ocasião em que me deparei com a psicologia pela primeira vez, através das psicólogas, que para minha felicidade, hoje as chamo de amigas, Verônica Lemes P. Berzuini e Silvia Castelon. Meus olhos brilhavam quando eu as via exercendo a psicologia com tanto amor. Foi ali que decidi que está seria a minha profissão no futuro. Terminei o ensino médio e já que não tinha psicologia por aqui, tentei outras opções (ciências contábeis), mas desisti. Aguardei! Fiquei 2 anos sem estudar.

Em 2009 consegui uma boa nota no Enem e então decidi tentar o meu sonho... Psicologia! Então fui pesquisar quando seria o vestibular da Unigran e para a minha surpresa estava no último dia das inscrições. Então eu fui, fiz o vestibular. Comecei a graduação com ajuda financeira dos meus pais e meus padrinhos Arlene e Ademir. Consegui meia bolsa pelo ProUni e assim a vida foi seguindo seu rumo. Tentei! Consegui! Graduada em Psicologia em 2014 pelo Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN. Em 2015 fiz o meu primeiro concurso na área aqui mesmo, em Amambai, passei em 4º lugar e tinha uma vaga. Mas por obra Divina as três primeiras colocadas desistiram. Assumi o concurso em 2017 na prefeitura Municipal de Amambai. Desde então estou lotada na Secretaria de Educação do município. As demandas são muitas, no entanto a autolesão vem chamando atenção pela proporção de novos casos.

Muitos casos chegaram até mim e isso foi me causando inquietude, curiosidade, vontade de aprender, de entender, de ajudar.

Segui estudando, pesquisando, sem nada concreto. Sonhando em ir além... mestrado, doutorado, mas pensava... esses ainda são sonhos muito distantes para mim. Mais uma vez por obra Divina soube que as inscrições para o mestrado em Psicologia da UFGD encerraria em 2 dias. Corri contra o tempo, fiz a inscrição, organizei os documentos, mas e agora... o pré-projeto? Corri, procurei ajuda e orientação e fui muito bem amparada. Minha gratidão é gigantesca! E aqui estamos, apresento-me aos senhores caros avaliadores da banca e leitores dessa dissertação. Humildemente peço perdão por algumas insuficiências e trago em meu coração profunda gratidão por tanto que aprendi até aqui. Seguimos! Sigo!... Rumo ao doutorado se assim Deus me permitir!

RESUMO

Autolesão tem sido definida como qualquer comportamento intencional que envolva agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio. O comportamento de autolesão representa um grande impacto na vida do indivíduo e da sociedade, incluindo familiares, colegas de trabalho e de estudo. O objetivo do presente estudo é fazer um levantamento para identificar possíveis correlações entre características desse tipo de comportamento e situações que podem influenciar sua ocorrência e/ou gravidade, para isso realizamos uma pesquisa on-line, sem identificação dos participantes em que se investigará a topografia, prevalência, frequência, antecedentes e reforçadores do comportamento de autolesão, bem como a função da resposta de autolesão de cada indivíduo. Este estudo baseou-se no método *survey* para a coleta de dados. Para tanto, foi realizada uma consulta pública virtual, divulgada por meio de redes sociais: *Whatsapp*, *Facebook* e *Instagram*, em que os respondentes não foram identificados. O questionário, contendo 29 perguntas, foi elaborado pela própria pesquisadora através da plataforma *Google Forms Online* sem fito de validação de instrumento, mas apenas para obtenção de informações sobre o fenômeno na amostra populacional investigada. Os termos utilizados no questionário foram emprestados de estudos relevantes que descreveram o fenômeno anteriormente. Fizeram parte desta pesquisa 42 (quarenta e dois) participantes maiores de 18 anos, sendo 35 do sexo feminino e 07 do sexo masculino, que voluntariamente e anonimamente se dispuseram a responder o questionário. Os conflitos familiares associados a um ambiente familiar caótico apresentaram-se como os principais eventos aversivos que estimularam o comportamento de autolesão. Com o engajamento no comportamento de autolesão os estímulos aversivos foram removidos do ambiente, logo, a remoção destes estímulos provoca um aumento na probabilidade de no futuro, a resposta de se autolesionar acontecer novamente, ou seja, a autolesão é mantida por reforço negativo. Não houve uma associação significativa de abuso de álcool ou drogas durante os episódios de autolesão, no entanto, observou-se que aqueles que estavam sob efeito dessas substâncias ficaram menos sensíveis a dor, portanto, o consumo de álcool ou drogas é um importante fator de risco para o comportamento de autolesão. Ao realizarmos uma correlação entre autolesão a ideação suicida observou-se que aqueles que se envolveram em autolesão tornaram-se mais vulneráveis à ideação suicida, haja visto que, de modo geral as pessoas temem e procuram evitar lesões, principalmente aquelas que podem resultar em morte. Dessa forma, adquirir capacidade de suicídio implica superar o medo e a dor, nesse caso, a autolesão representa significativo fator de risco, pois além de estar associada a um sofrimento intenso que por si só já aumenta o desejo suicida, ainda dessensibiliza os indivíduos a dor, aumentando, portanto, a capacidade do indivíduo agir sobre o desejo de tentar suicídio.

Palavras chave: Autolesão, comportamento, ambiente, função.

ABSTRACT

Self-injury has been defined as any intentional behavior that involves direct aggression to the body itself without conscious intention of suicide. Self-injurious behavior has a major impact on the life of the individual and society, including family members, co-workers and students. The objective of the present study is to carry out a survey to identify possible correlations between characteristics of this type of behavior and situations that may influence its occurrence and / or severity. For this purpose, we carry out an online survey, without identifying the participants in which the topography will be investigated. , prevalence, frequency, antecedents and reinforcers of self-injurious behavior, as well as the function of each individual's self-injurious response. This study was based on the survey method for data collection. To this end, a virtual public consultation was carried out, disseminated through social networks: *Whatsapp*, *Facebook* and *Instagram*, in which the respondents were not identified. The questionnaire, containing 29 questions, was prepared by the researcher herself through the *Google Forms Online* platform without the purpose of instrument validation, but only to obtain information about the phenomenon in the investigated population sample. The terms used in the questionnaire were borrowed from relevant studies that previously described the phenomenon. 42 (forty-two) participants over the age of 18 took part in this research, 35 of whom were female and 07 were male, who voluntarily and anonymously volunteered to answer the questionnaire. Family conflicts associated with a chaotic family environment were presented as the main aversive events that stimulated self-harm behavior. With the engagement in self-injurious behavior, aversive stimuli were removed from the environment, therefore, the removal of these stimuli causes an increase in the probability that in the future, the response to self-injure will happen again, that is, the self-injury is maintained by negative reinforcement. There was no significant association of alcohol or drug abuse during episodes of self-harm, however, it was observed that those who were under the influence of these substances were less sensitive to pain, therefore, the consumption of alcohol or drugs is an important factor of risk for self-injurious behavior. When performing a correlation between self-injury and suicidal ideation, it was observed that those who were involved in self-injury became more vulnerable to suicidal ideation, given that, in general, people fear and try to avoid injuries, especially those that can result in death. . Thus, acquiring suicide capacity implies overcoming fear and pain, in this case, self-injury represents a significant risk factor, because in addition to being associated with intense suffering that in itself already increases the suicidal desire, it still desensitizes individuals to pain, thus increasing the individual's ability to act on the desire to attempt suicide.

Keywords: Self-injury, behavior, environment, function.

Lista de Figuras

Figura 1 “Idade de início da autolesão”	40
Figura 2 “Envolvimento em Comportamento Autolesivo”	41
Figura 3 “Objetos Utilizados”	42
Figura 4 “Região do corpo mais atingida”	42
Figura 5 “Frequência da Autolesão”	43
Figura 6 “Sentimentos no mês anterior”	47
Figura 7 “Sintomas de Ansiedade”	48
Figura 8 “Anonimato da autolesão”	49
Figura 9 “Pensamento Suicida”	51

Lista de Tabelas

Tabela 1 “Você já se envolveu em algum evento de autolesão em algum momento da vida?”	37
Tabela 2 “O que levou você a se machucar pela primeira vez?”	39
Tabela 3 “Quando praticou alguns desses comportamentos, você estava sob efeito de álcool ou drogas?” ”Sentiu dor quando se machucou?”	44
Tabela 4 “Quando você se machucou o que estava sentindo?” ”Quais motivos para se machucar?”	46
Tabela 5 Estímulos e Respostas	49
Tabela 6 “Você costuma esconder os machucados ocasionados pela autolesão?”	50
Tabela 7 Envolvimento em autolesão e Pensamento Suicida	51
Tabela 8 Consumo de Bebida alcoólica e Ideação Suicida	52

SUMÁRIO

1 Introdução	15
1.1 Contextualização da Pesquisa	15
1.2 A Pandemia de Covid-19	16
1.3 Autolesão: Definição Comportamental e Desenvolvimento	18
1.4 Etiologias e comorbidades do comportamento de autolesão	20
1.5 A compreensão do fenômeno sob a perspectiva da Análise do Comportamento	26
2 Objetivos	31
2.1 Objetivo Geral	31
2.2 Objetivo Específicos	31
3 Método	32
3.1 Participantes	32
3.2 Considerações Éticas.....	32
3.3 Tipo de Estudo	33
3.4 Procedimento e Instrumento.....	34
4 Resultados	37
5 Discussão	54
5.1 A Pandemia de Covid-19, os impactos na saúde mental e o comportamento de autolesão.....	55
5.2 Frequência e prevalência do fenômeno de Autolesão	56
5.3 Relações familiares ou sociais como propulsoras do fenômeno	58
5.4 As técnicas, mecanismos, instrumentos utilizados e o anonimato da autolesão	61
5.5 Fatores de Risco e Funções do Comportamento Autolesivo.....	64
5.6 O papel do uso de álcool na ocorrência do comportamento de autolesão.....	66
5.7 Autolesão e a ideação suicida.....	68
5.8 Limitações da pesquisa.....	71
6 Considerações Finais	73
Referências Bibliográficas	75
Apêndices	86
Apêndice A - Questionário.....	86
Anexos	91
Anexo A - Edital de Resultados Preliminares de Chamada de Propostas e Projetos.....	91

1 Introdução

1.1 Contextualização da Pesquisa

Esta pesquisa integra o quadro de estudos do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados, inserida na linha de pesquisa: processos comportamentais e cognitivos. Devido ao aumento da proporção de novos casos de autolesão, o comportamento tem atraído diversos olhares, sob diversas concepções de entendimento, no entanto, ainda são poucos os estudos sob a perspectiva da análise do comportamento. Além disso, a gravidade do comportamento indica um fator de risco para tentativas de suicídio, desta forma, a importância de conhecer e identificar as variáveis responsáveis pela manutenção do comportamento. O objetivo deste estudo é fazer um levantamento para identificar possíveis correlações entre características desse tipo de comportamento e situações que podem influenciar sua ocorrência e/ou gravidade.

Sob a ótica da Análise do Comportamento, buscar-se-á uma compreensão acerca do fenômeno de autolesão. Desta maneira, faremos uma análise a respeito das contingências que estabelecem ou mantêm esse tipo de comportamento.

Inicialmente, trataremos a respeito da definição de autolesão sob diversas perspectivas. Em seguida abordaremos quais as regiões do corpo são mais atingidas e que objetos são mais utilizados para a ação de se autolesionar. A partir disso, estudaremos a prevalência do comportamento de autolesão. Em seguida, o estudo buscará compreender as causas desse comportamento, ou seja, a sua etiologia. O que leva uma pessoa a se machucar intencionalmente? Embora não exista um consenso entre os autores a esse

respeito, algumas características podem ser observadas no perfil das pessoas que se lesionam.

Posteriormente, trataremos sobre alguns transtornos que podem estar relacionados ao comportamento de autolesão, dentre eles: ansiedade, depressão, etc. Para finalizar, descrevemos a metodologia e o procedimento utilizado na coleta de dados, os resultados e a discussão desses dados à luz da análise do comportamento.

1.2 A Pandemia de Covid-19

Acometidos pela pandemia da COVID-19, síndrome respiratória ocasionada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves, detectada inicialmente em 2019, na China, atingiu pessoas em diferentes níveis de complexidade, desta forma, as comunidades científicas e governamentais identificam a extrema necessidade de afastamento social para minimizar o caos que se pode instalar no sistema público e privado de saúde de todo o mundo. A facilidade de propagação, a falta de conhecimento sobre o vírus e o aumento espantoso do número de contágios, fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) elevasse a doença ao status de Pandemia em março de 2020 (Faro *et al.*, 2020). No Brasil, atualmente, o total de casos é de 7.753.752 e de 196.561 óbitos ao longo da pandemia. O número de recuperados soma 6.875.230 pacientes e outros 681.961 estão em acompanhamento médico, até a data da pesquisa (05 de janeiro) (Ministério da Saúde/Datasus, 2021).

Por se tratar de uma doença nova, ainda não houve tempo hábil para a produção de uma vacina que torne as pessoas resistentes ao vírus, também por esse mesmo motivo não se conhece quais medicamentos poderiam neutralizar o vírus já instalado no

organismo ou reverter seus efeitos patológicos. Dessa forma, não havendo como imunizar as pessoas, a única estratégia é diminuir a contaminação por meios de práticas de prevenção. Uma dessas práticas consiste no isolamento social, ou seja, não frequentar locais que reúnam muitas pessoas, tais como: escolas, shoppings, restaurantes, bares, cinemas, festas, shows, etc. (Tibério *et al.*, 2020)

De acordo com Tibério *et al.*, (2020) se entendermos o comportamento como uma interação entre aquilo que um organismo faz, o meio em que faz e o produto do seu fazer, a pandemia de Covid-19, desde as formas de contaminação e prevenção, é um fenômeno comportamental, dado que depende em grande parte da ação humana.

A preocupação com a saúde mental se intensifica durante uma crise social. A pandemia de COVID-19 pode ser descrita como uma dessas crises, à qual pode ser caracterizada como um dos maiores problemas de saúde pública mundial das últimas décadas. Um evento como esse pode ocasionar perturbações psicológicas e sociais que afetam a capacidade de enfrentamento de toda sociedade (Faro *et al.*, 2020).

Para as pessoas que experimentam o isolamento social, pode ser bastante difícil lidar com essa nova situação, na qual lhes foi restringido, de forma drástica e inesperada, o contato social, privada de suas atividades de lazer, desorganizando sua rotina de trabalho e estudos, impedindo a liberdade pessoal de transitar, ameaçando as finanças, o sustento pessoal e familiar. A partir de uma leitura comportamental, entende-se que esses eventos ocorridos na vida das pessoas são eventos aversivos e estressores, sendo comum que, nessas circunstâncias, alguns dos efeitos emocionais provocados sejam irritação, frustração, ansiedade e tristeza. Esses estados emocionais podem se estender por longos períodos se as pessoas não dispuserem de variabilidade comportamental para acessar novas fontes de interação prazerosa e gratificante (Gotti *et al.*, 2020).

É evidente que a pandemia impôs mudanças substanciais na rotina das pessoas, desde medidas de isolamento social na tentativa de desacelerar a proliferação do vírus, na liberdade de transitar, no trabalho, no lazer, nas mudanças no hábito de higiene, bem como mudanças radicais nos comportamentos de autocuidado, proteção de si mesmo e dos outros. Todas essas mudanças têm gerado danos emocionais e psicológicos, tanto pelo medo da pandemia em si, como pela necessidade de afastamento social, sendo assim, as estratégias de enfrentamento podem ser seriamente prejudicadas, levando pessoas a cometerem atos inadequados contra si mesmas, tais como: autolesão voluntária, sem intenção consciente de suicídio.

1.3 Autolesão: Definição Comportamental e Desenvolvimento

“A palavra mutilação tem origem etimológica no idioma latino, a partir das terminologias *mutilatio*, *mutilatum*, *mutilo*, cujo sentido básico transmite a ideia de “ato de mutilar, cortar um membro”, ou ainda “cortar, trincar ou abreviar as palavras”. Trata-se de um comportamento de autolesão voluntária, cuja finalidade é produzir cortes no próprio corpo utilizando-se de instrumentos cortantes, pontiagudos ou incendiários, sem que esteja presente a intenção consciente de suicídio (Reis, 2018, p. 51).

O primeiro estudo registrado sobre autolesão foi publicado em 1846 na literatura médica e relatava o caso de uma viúva diagnosticada com transtorno bipolar (à época maníaco-depressiva) que aos 48 anos arrancou os próprios olhos. Segundo ela, seus olhos a levavam a desejar homens e, conseqüentemente, a pecar, por esta razão a mesma cometeu este ato (Santos, Barros, Lima & Brasileiro, 2018).

De acordo com Ceppi e Benvenuti (2011) a autolesão ou comportamentos autolesivos podem ser considerados como uma série de ações que produzem algum dano

físico à própria pessoa, podendo ser apresentados de forma crônica e causar graves riscos à própria saúde. Duque e Neves (2004) definem autolesão como um comportamento de autoagressão associado a uma descarga motora em resposta a uma situação de tensão, conflito ou frustração e que tende a acontecer de forma brutal e imprevisível ou após um acúmulo de angústia ou agitação.

A autolesão tem sido definida como qualquer comportamento intencional que envolva agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro da cultura, nem para exibição (Giusti, 2013). As formas mais comuns de autolesão são: cortes superficiais, queimaduras, arranhões, mordidas, bater partes do corpo na parede, cutucar ferimento fazendo com que estes aumentem e causem sangramento. É comum que se use mais de um método de autolesão, em diferentes ocasiões. As partes mais atingidas são braços, pernas, peito e outras partes frontais do corpo, onde o acesso tende a ser mais fácil (Giusti, 2013).

Historicamente, os comportamentos de autolesão são referidos em várias culturas, populações e áreas geográficas, desde a antiguidade. Em 1938 Karl Menninger tentou subcategorizar os comportamentos autolesivos, sugerindo que estes poderiam ser uma tentativa de curar a si mesmo. Kreitamn (1969) propôs o termo parasuicídio para se referir a um ato não fatal em que o indivíduo, sem a intervenção de outros, irá causar lesões em si mesmo. Recentemente, a investigação de comportamentos autolesivos é marcada por um interesse cada vez maior na comunidade científica, dando lugar ao número cada vez maior de pesquisas que buscam compreender os fatores de risco, a epidemiologia e as estratégias de intervenções e prevenção deste tipo de comportamento (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Lourenço (2008) entende a autolesão como um comportamento de risco, com consequências físicas resultantes de distúrbios psicológicos e da incapacidade de

gerenciar emoções e angústias internas. Ou seja, haveria nesse fenômeno um elemento de exteriorização em que a pessoa recorre, no sentido de tentar recuperar o equilíbrio diante de situações que se revelam dolorosas e difíceis de ultrapassar.

Guerreiro e Sampaio (2013) apontaram um dos maiores estudos realizados até a presente data, nos seguintes países: Austrália, Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda e Noruega, com uma amostra de 30.477 adolescentes, entre 15-16 anos de idade, através da utilização de questionários em meio escolar. Este estudo revelou a prevalência de 8,9 % do comportamento de autolesão em mulheres e 2,6% em homens, sendo que a maioria ocultava o fato e cerca da metade apresentava o comportamento de forma recorrente. Na Escócia, com uma amostra de 2008 adolescentes, entre 15 e 16 anos, revelou que a frequência de comportamento de autolesão é 3 vezes maior entre as mulheres, sendo 13,6% contra 5,1% entre os rapazes.

Fonseca, Silva, Araújo e Botti (2018) apresentam dados de um estudo sociodemográfico realizado com 517 adolescentes, entre 10 a 14 anos, matriculados em escolas estaduais de uma cidade do interior de Minas Gerais em que se identificou que 69,39% dos casos de autolesão, apresentaram maior frequência no sexo feminino. Desta mesma forma, um estudo com adolescentes portugueses sugere que os comportamentos autolesivos estão mais frequentes no sexo feminino, podendo chegar a 57% (Guerreiro e Sampaio, 2013), espanhóis 54% (Guerreiro, 2014), ingleses 74,5% (Brooks *et al.*, 2015) e uma pesquisa norte-americana apontou 54% de prevalência no sexo feminino (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley ., 2007). Giusti (2013) esclarece que a autolesão não se trata de um problema exclusivo de mulheres, no entanto o índice de prevalência é maior entre as pessoas do sexo feminino.

1.4 Etiologias e comorbidades do comportamento de autolesão

Segundo Lourenço (2008), o perfil da pessoa que se autolesiona tende a ser imaturo emocionalmente, com expressão emocional pobre e ainda apresentar características antissociais, agressivas e impulsivas, podendo estar associada a algum distúrbio de personalidade.

O comportamento de autolesão representa um grande impacto para a vida do paciente que se mutila, contudo não é possível encontrar um consenso entre os autores no que diz respeito às causas do comportamento de autolesão. Esta pode estar relacionada à necessidade do indivíduo de buscar alívio para as dores emocionais em decorrência de traumas cultivados (Duque & Neves, 2004, p. 215; Menezes, Macedo & Viana, 2014).

A autolesão é precedida de tensão, raiva, ansiedade, depressão, perda de controle, sensação de rejeição ou abandono, culpa, vazio, etc. Esse comportamento é seguido de relatos que descrevem uma sensação de bem-estar e alívio momentâneo. Também é comum que não se sinta dor ou uma dor de leve intensidade associada às lesões. “Trata-se, portanto, de uma dor que não encontra expressão pela via das palavras. Diante desta impossibilidade de colocar em palavras a própria dor, o ato de se autolesionar se apresenta como um recurso apaziguante” (Fortes & Macedo, 2017, p. 355; Giusti, 2013).

Aratany (2017) descreve os aspectos psicológicos que levam à autolesão e, nesse sentido, pode-se dizer que ocorrem dificuldades na regulação das emoções. Não se pode afirmar que determinadas experiências ou características psicológicas causem sozinhas os comportamentos de autolesão, mas com certeza aumentam a probabilidade de uma pessoa vir a apresentar esse tipo de comportamento. Eventos traumáticos são comumente vivenciados por pessoas que se autoagridem, estes podem ser: abuso sexual, negligência, violência física ou psicológica, separações, conflitos familiares, dependência de álcool de um dos pais, doença ou morte de algum familiar. A ocorrência precoce desse tipo de

trauma na vida de uma criança aumenta as chances delas apresentarem comportamentos impulsivos, agressivos e ansiosos na adolescência.

A alta exposição a contingências aversivas na infância pode estar relacionada à maior dificuldade em se comportar adequadamente, bem como em regular as emoções de maneira assertiva. Ou seja, as variáveis passadas e as condições de reforçamento negativo e de punição às quais o indivíduo foi exposto podem determinar efeitos sobre o comportamento atual. Desta forma, a compreensão dos efeitos da história de reforço negativo e punição possibilitam a compreensão dos efeitos de contingências passadas sobre o comportamento inadequado atual (Aló, 2005).

A falta de mecanismos de adaptação psicológica diante dos problemas cotidianos, dificuldade em aceitar e lidar com sentimentos ruins, dificuldade em nomear e expressar sentimentos e em encontrar modos mais satisfatórios de resolver conflitos e diminuir os sentimentos negativos podem estar relacionados ao aumento de comportamentos autolesivos (Aratany, 2017).

Algumas comorbidades mentais são comuns entre pessoas que praticam a autolesão. Os transtornos psiquiátricos mais frequentemente citados na literatura são: transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno opositivo desafiador, transtorno de conduta, transtornos dissociativos, abuso de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, dentre outros (Giusti, 2013).

Ansiedade e depressão são muito frequentes na adolescência e podem provocar situações problemáticas na família, na escola e no âmbito de interação social em geral. As transformações vividas durante esse período causam profundas inquietações e um sentimento de estranheza de si próprio. Os adolescentes sentem-se ameaçados pelas alterações que estão acontecendo em seu corpo, na relação com os pais, com relação aos conflitos de dependência e autonomia, em suas relações com os pares, bem como em suas

competências sociais. A partir disso é possível que ocorram sintomas físicos psicossomáticos, tais como: dores abdominais, musculares, nas costas, fadiga, tremor, tonturas e desmaios.

Estudos de Klonsky, Oltmanns e Turkheimer (2003) sugerem que o comportamento de autolesão pode estar correlacionado a uma variedade de diagnósticos, tais como: transtorno de ansiedade, depressão, transtornos de personalidade, dentre outros. Quanto ao transtorno de ansiedade, Kim e Yu, (2017) sugerem que quanto maior o nível de ansiedade, maior é a taxa de comportamentos de autolesão, ou seja, a ansiedade está significativamente relacionada à autolesão.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (2014) o transtorno de ansiedade caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessiva, ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, causando sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para tanto, alguns sintomas devem estar associados, tais como: inquietação, fatigabilidade, dificuldade em se concentrar, irritabilidade, tensão muscular, sensação de nervos à flor da pele, perturbação do sono, etc. A ansiedade pode interferir na aprendizagem, na inserção escolar, comprometer as relações familiares e com os pares, podendo conduzir o adolescente ao isolamento, a ataques de pânico, também podem apresentar comportamentos de risco, consumo de álcool e drogas e comportamento sexual impulsivo, tudo isso como tentativa de negar seus medos (Brito, 2011).

Quanto à depressão, Brito (2011) destaca que se trata de uma séria doença psiquiátrica com extensa morbidade, aguda e crônica, e mortalidade. A prevalência entre os adolescentes é de 4 a 8% tanto em meninas como em meninos, aos 18 anos a prevalência pode chegar a 20%. Os adolescentes com depressão estão em alto risco de

desenvolverem comportamentos de risco, como por exemplo, a autolesão, dependência de drogas, doenças físicas, dificuldades acadêmicas e até mesmo terem problemas com a lei. Na condição depressiva, as pessoas apresentam alterações persistentes de humor, irritabilidade, comportamento de oposição, diminuição do desempenho escolar, afastamento dos amigos, queixas somáticas, insônia e falta de apetite. O risco de comportamento suicida aumenta, assim como a comorbidade com outras perturbações psiquiátricas, impulsividade, agressão, exposição a acontecimentos violentos.

O DSM-V (2014) destaca que a característica comum do transtorno de depressão é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. Envolve também alterações nítidas no afeto, perturbações de humor, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia, agitação, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade, culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, bem como pensamentos recorrentes de morte.

Em relação aos transtornos de personalidade o DSM-V (2014) caracteriza como um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia das expectativas culturais do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta e leva o indivíduo a sofrimento ou prejuízos. Estudos evidenciam que o transtorno de personalidade Boderline é um dos mais comumente relacionado ao comportamento de autolesão, com uma prevalência de 70 a 80% (Vieira, Pires & Pires, 2016). Este se define por um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.

A autolesão não tem como finalidade acabar com a vida, mas uma forma de transformar a dor psíquica numa dor física, localizada e passageira. Como o êxito é momentâneo pode repetir-se e evoluir para tentativas de suicídio (Brito, 2011).

Quanto aos comportamentos suicidas estes se diferem do comportamento de autolesão de diversas maneiras, principalmente no que se refere à letalidade, uma vez que os danos corporais são considerados menos graves do ponto de vista médico. Diverge também em relação à topografia, haja vista que enquanto que nas tentativas de suicídio usam-se armas de fogo, envenenamento ou enforcamento, os episódios de autolesão geralmente envolvem cortes superficiais, queimaduras, arranhões, dentre outros (Klonsky, Victor & Saffer, 2014). Além disso, nos rituais de autolesão o objetivo maior não é acabar com a vida, trata-se de uma necessidade de aliviar ou controlar uma dor emocional intolerável, uma maneira de conseguir suportar a vida (Lourenço, 2008).

Outra importante divergência entre esses comportamentos está na frequência com que acontecem, pois os incidentes de autolesão são muito mais frequentes do que as tentativas de suicídio em si. No entanto, a autolesão é um fator de risco especialmente importante e um fator preditor para futuros comportamentos suicidas (Klonsky, May, & Glenn, 2014).

Uma relação especialmente importante entre autolesão não suicida e a tentativa de suicídio está na capacidade de agir. Em geral, as pessoas temem dores e lesões que podem resultar em morte, portanto cometer um ato suicida implica em superar o medo e a dor. Neste caso, a autolesão dessensibiliza as pessoas à dor, aumentando assim a capacidade de agir com base no desejo suicida (Klonsky, Victor, & Saffer, 2014). Ou seja, variáveis que diminuam a frequência de comportamento autolesivo estarão, potencialmente, reduzindo a prevalência de comportamento suicida na população.

Dentre as possíveis causas do comportamento de autolesão pode-se verificar eventos que comumente se relacionam com comportamentos desadaptativos: relações familiares disfuncionais, violência, histórias de separação entre os pais, negligência física ou emocional, ambientes hostis e inseguros, repressão emocional, abuso físico ou sexual.

Todos esses eventos favorecem um desenvolvimento interpessoal pobre e com poucas habilidades para regular emoções.

1.5 A compreensão do fenômeno sob a perspectiva da Análise do Comportamento

A análise do comportamento é referida como orientação teórico-metodológica em Psicologia, sustentada pela obra científica de B. F Skinner. Baseada nessa referência teórica esta abordagem sustenta que o comportamento constitui o objeto de estudo da Psicologia. Por comportamento entende-se a relação entre organismo e ambiente e as relações de contingências entre respostas e estímulos (Tourinho, 2010).

Um dos objetivos da terapia analítico comportamental é evidenciar que o comportamento é função do ambiente. Vários estudos indicam que o controle ambiental pode ser estabelecido por uma história de exposição a contingências de reforçamento e punição. “Uma análise de contingências irá especificar sob que condições presentes ou antecedentes um comportamento irá produzir, como consequência, alguma alteração no ambiente”. Neste caso, “estudos da Análise do Comportamento sugerem que os comportamentos auto lesivos são comportamentos aprendidos por meio de uma história de interação com o ambiente físico e social” (Rodrigues & Ribeiro, 2005, p. 81; Richartz, 2013, p. 25; Skinner, 1974).

Simeon *et al.*, (1992) enfatizaram que por razões ainda não bem conhecidas, a autolesão muitas vezes parece efetivamente aliviar os eventos aversivos, assim, quando esses eventos são aliviados após o comportamento de autolesão, este se torna negativamente reforçado e, portanto, com maior probabilidade de repetição.

Nock e Prinstein (2004) propuseram um modelo com quatro fatores para as funções da autolesão, seriam eles: reforço automático negativo, aquele em que o uso da

autolesão é provocada para remover sensações ruins, aliviar tensão, relaxar, reduzir dor emocional, reduzir os sentimentos de culpa. Reforço automático positivo, cuja função é gerar um estado desejável, para sentir alguma coisa, geralmente está relacionado à depressão, inutilidade, etc. Reforço social positivo que se trata de se engajar na autolesão para receber atenção de outros, para que os outros saibam como se sente, para influenciar o comportamento dos outros, receber cuidado dos familiares. E o reforço social negativo em que o uso da autolesão se dá para fugir de alguma responsabilidade, para não precisar realizar alguma atividade que não queira fazer.

Quando um comportamento tem um tipo de consequência chamada reforço, há maior probabilidade de ele acontecer novamente. “Diz-se que o comportamento é fortalecido por suas consequências e por tal razão as próprias consequências são chamadas de “reforços”” Skinner (1974, p. 38). Desse modo, quando um organismo apresenta um comportamento que produz uma consequência positiva, esse comportamento é reforçado por essa consequência, logo, sua probabilidade de ocorrência torna-se maior. Um reforçador positivo fortalece qualquer comportamento que o tenha produzido. Um reforçador negativo revigora qualquer comportamento que reduza ou faça cessar um evento aversivo (Skinner, 1974).

Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) referem-se ao reforço negativo como umas das principais contingências de controle aversivo estudadas. E nesse tipo de reforço ainda observa-se as contingências de fuga e de esquiva. A contingência de fuga é um processo no qual uma resposta interrompe um estímulo aversivo e a contingência de esquiva é quando uma resposta evita ou atrasa um estímulo aversivo. No cotidiano entendemos como: fugimos de circunstâncias aversivas presentes e nos esquivamos de circunstâncias aversivas que ainda não ocorreram.

Estamos interessados nas causas do comportamento humano. Queremos saber porque os homens se comportam da maneira que o fazem (Skinner, 1953). Descobrimos e analisando essas causas pode-se prever o comportamento, podendo, neste caso, controlar o comportamento na medida em que o possamos manipular, assim sendo, as condições que uma pessoa adquire um comportamento são relativamente acessíveis e podem ser manipuladas (Skinner, 1974). Sob esse aspecto, é possível identificar como uma mudança na forma de responder de uma pessoa relaciona-se funcionalmente com uma ou mais mudanças no ambiente. A partir disso, pode-se identificar relações de dependência entre as ações e as mudanças ambientais, o que usualmente é feito por meio da noção de contingência. As contingências apontam relações de dependência entre aspectos do ambiente ou entre aspectos do comportamento e o ambiente, relações que por sua vez são expressas na forma condicional "se... então". Geralmente, o comportamento é mantido porque produz consequências que são responsáveis pela sua aquisição e manutenção (se ação... então consequência). Consequências são chamadas de reforçadoras quando respostas que as produzem tornam-se mais frequentes (Moreira & Medeiros, 2007).

Partindo destes pressupostos teóricos, pode-se pensar sobre o comportamento autolesivo. A ação de autolesão (cortes, arranhões, mordidas, etc.) pode ser seguida de atenção dos pais, que por sua vez, pode atuar como reforçador, tornando mais provável à ação autolesiva. Do mesmo modo, a sensação de alívio e bem estar momentâneos causados diante da autolesão podem atuar como reforçadores positivos, influenciando na ocorrência de lesões futuras. (Ceppi & Benvenuti, 2011).

A ocorrência de comportamentos autolesivos depende de diferentes consequências produzidas no ambiente pelo comportamento. Desta forma, a Análise do Comportamento busca explicações para o comportamento autolesivo na relação do organismo com o ambiente. A análise funcional do comportamento é compreendida como a identificação

de relações relevantes, controláveis, casuais e funcionais aplicadas a um conjunto de comportamentos-alvo para um indivíduo. O principal instrumento conceitual utilizado para a realização de análises funcionais é o conceito de contingência (Costa & Marinho, 2002).

Uma formulação das interações entre o organismo e o ambiente para ser adequada, deve especificar três coisas: a ocasião em que ocorre a resposta (1), a própria resposta (2) e as consequências reforçadoras (3). As relações entre elas constituem as contingências de reforço. Quando passamos a analisar o comportamento sob contingências de reforço que começamos a ver o que acontece na vida cotidiana. Um estímulo não é mais um mero início, é parte de uma ocasião em que uma resposta é emitida e reforçada. Reforço é muito mais do que uma recompensa. A predominância da probabilidade de reforço, sob vários esquemas intermitentes, é a variável importante. Sendo assim, não mais encaramos o comportamento e o ambiente como coisas ou eventos separados. A partir da análise funcional é possível analisar o comportamento sob contingências de reforço, compreendendo a inter-relação entre ambos fenômenos, o que possibilita uma interpretação dinâmica e mais eficaz (Skinner, 1969).

Interpretar um comportamento significa entender a sua função, que pode variar de uma pessoa para outra, dentre situações e tempo. O método para compreender um comportamento é chamado, então, de análise funcional. O papel do analista do comportamento é indicar as relações existentes entre variáveis e o comportamento em questão. Para fazer uma análise funcional de um comportamento deve-se coletar informações da vida atual e passada do indivíduo e selecionar aquelas variáveis que parecem ter relação casual como comportamento analisado (Costa & Marinho, 2002).

A análise comportamental pode determinar quais os eventos que, funcionando como estimulações aversivas, provocam no indivíduo o desejo de se lesionar e quais os

aspectos ambientais estão correlacionados com esses eventos estimuladores. Os indivíduos são ensinados a observar e descrever eventos que atuam como estímulos aversivos, identificam também suas interpretações desses eventos, suas respostas fisiológicas, seus comportamentos emocionalmente expressivos e os efeitos desses estímulos. Em seguida, pode-se trabalhar na construção de habilidades comportamentais, incluindo modelagem, instruções, ensaios comportamentais, feedback e treinamentos, bem como tarefas de casa, na tentativa de reduzir a vulnerabilidade à eventos aversivos, aumentando os positivos e diminuindo o sofrimento (Brown, 2001). As consequências que mantêm um comportamento não estão presentes no ambiente em que uma resposta ocorre, elas se tornam parte da história do organismo (Skinner, 1974).

Uma análise funcional do comportamento deve considerar tanto os comportamentos públicos quanto os comportamentos privados (aquele em que somente a pessoa tem acesso direto) e a interação que possa existir entre eles. No processo de análise comportamental, as crenças, expectativas, regras, propósitos, intenção, sonhos, delírios, dentre outros eventos são tratados como eventos comportamentais e/ou ambientais, que podem ter funções de estímulo, ou seja, podem fazer parte do controle de respostas do indivíduo. Desta forma, a etiologia deve ser buscada em todas as interações passadas e atuais do indivíduo com o ambiente, e não com eventos internos/privados (Marçal, 2010).

Pensando a respeito da incidência, gravidade, importância e significativa preocupação a respeito desse comportamento observa-se uma considerável necessidade em conhecer e identificar as variáveis responsáveis pela aquisição e manutenção desse comportamento, possibilitando e favorecendo o estabelecimento de estratégias de enfrentamento e/ou a modificação do comportamento.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Identificar possíveis correlações entre características do comportamento de autolesão e situações que podem influenciar sua ocorrência e/ou gravidade.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os eventos aversivos que atuaram como estímulos para emergir o comportamento de autolesão;
- Identificar as variáveis ambientais que estimulam a prática da autolesão;
- Verificar o que mantém o comportamento de autolesão e qual a função desse comportamento.

3 Método

3.1 Participantes

Fizeram parte desta pesquisa 42 participantes com idade entre 18 a 55 anos (equivalente a uma média de 28,5 anos e Desvio padrão de 7,97), que voluntariamente e anonimamente se dispuseram a responder o questionário. Destes, trinta e cinco (35) são do sexo feminino e sete (7) do sexo masculino. Outros quatro (4) indivíduos também responderam ao questionário, no entanto, tais dados foram excluídos por corresponderem a idades que estão fora do escopo da pesquisa. Três desses respondentes declararam ter, respectivamente, 15, 16 e 17 anos, e um quarto respondeu ter 75.647.336 anos.

Os participantes foram prospectados por meio de grupos fechados ou páginas abertas do *Facebook* e *Instagram*, em que a pesquisadora passou a participar para divulgação do estudo. Também foi intensificado a divulgação do estudo por meio de grupos do *Whatsapp*, em que o link do questionário foi disponibilizado e repassado em grupos escolares, bem como divulgado de forma individual aos contatos da pesquisadora, que voluntariamente também divulgaram aos seus contatos. Além disso, solicitou-se a colaboração da secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicologia, que intensificou a divulgação do questionário para outros programas e universidades.

3.2 Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada, sem ressalvas, no primeiro período da chamada de propostas de projetos e ações de ensino, pesquisa, inovação e extensão para o combate ao Covid-19 sem ônus, da Universidade Federal da Grande Dourados, conforme consta no

Edital COE N.º 10, de 15 de junho de 2020. O presente estudo configura-se como uma Pesquisa com participantes não identificados, bem como, uma pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual. Por essa razão, não é registrada e nem avaliada pelo sistema CEP/CONEP (Res. CNS 510/2016).

3.3 Tipo de estudo

Esta pesquisa foi elaborada a partir do método *survey* descritivo, que consiste na obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de um grupo de pessoas, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente entrevista ou questionário projetado para esse fim, buscando identificar quais situações, eventos, atitudes estão manifestos em uma população. As etapas sugeridas neste modelo de pesquisa são: especificação dos objetivos, operacionalização dos conceitos e variáveis, elaboração do instrumento para o levantamento de dados, seleção de amostra, coleta e verificação dos dados, análise, interpretação e apresentação dos resultados. Este método de pesquisa é apropriado quando se deseja responder questões do tipo “o que?”, “por que?”, “como?” e “quanto?”, ou seja, quando o interesse é sobre o que está acontecendo e como e por que está acontecendo. Neste caso, não é possível controlar as variáveis dependentes e independentes (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000).

Um tratamento estatístico foi utilizado para análise dos resultados, ou seja, realizou-se algumas comparações e correlações estatísticas entre os participantes expostos a diferentes condições (por exemplo, uso de álcool ou drogas, exposição a diferentes ambientes). O objetivo de tal análise é revelar se as variações entre grupos excedem as variações intra-grupo (diferenças entre indivíduos de um mesmo grupo). No caso em que

a variação entre grupos excede a variação intra-grupo com significância estatística, conclui-se que a variável independente teve um efeito sob o comportamento do organismo a ela exposto (Velasco, Garcia-Mijares & Tomanari, 2010).

Além da análise estatística dos resultados, adotou-se também o delineamento de sujeito único ou intraparticipantes, pois de acordo com Sampaio *et al.*, (2008) o comportamento é um fenômeno característico de organismos individuais, que interagem de modo único com o mundo. Neste caso, torna-se importante conceituar que “único”, de acordo com Velasco, Garcia-Mijares e Tomanari (2010), refere-se à unidade de análise considerada, no caso o comportamento do indivíduo, e não ao número de sujeitos pesquisados, ou seja, vários sujeitos podem ser expostos sob as mesmas condições experimentais, mas o importante é que seus dados sejam tratados individualmente. As diferenças entre os sujeitos não compromete a análise dos dados, pelo contrário, cada organismo é tratado como um indivíduo particular, distinto de qualquer outro. Sendo assim, os determinantes funcionais do comportamento são analisados conforme singularidade de cada organismo.

Trata-se ainda de um estudo correlacional, isto é, um tipo de pesquisa não experimental que consiste em encontrar diferentes variáveis que interagem mutuamente. O principal objetivo de um estudo de correlações é verificar se as variáveis variam conjuntamente. Neste caso, o pesquisador mede duas variáveis e investiga estatisticamente a relação entre elas, ou seja, uma correlação (Barbosa, Gambi & Gerolamo, 2017).

3.4 Procedimento e Instrumento

A coleta de dados aconteceu de forma virtual, no período de 30 de maio de 2020 a 10 de julho de 2020, cujo instrumento foi um questionário elaborado pela própria pesquisadora, especificamente para a coleta de dados deste estudo, através da plataforma *Google Forms Online*. O questionário não foi desenvolvido com o fito de validação de instrumento, mas apenas para obtenção de informações sobre o fenômeno na amostra populacional investigada. A divulgação ocorreu por meio das redes sociais: *Instagram*, *Facebook* e *Whatsapp*, bem como por meio de e-mail eletrônico. As questões foram baseadas em pesquisas já realizadas anteriormente, tais como, de Giusti (2013), Reis (2018), Fonseca, Silva, Araújo e Botti (2018), dentre outros pesquisadores, cujas indagações mostraram-se significativamente importantes para a compreensão do fenômeno estudado.

O questionário é composto por 29 perguntas, sendo 04 perguntas fechadas ou dicotômicas, isso significa que são perguntas limitadas, de alternativas fixas, em que o informante escolhe sua resposta entre duas opções: SIM e NÃO. 23 questões de múltipla escolha, ou seja, são perguntas fechadas, mas que apresentam uma série de possíveis respostas que abrangem várias facetas do mesmo assunto e 02 perguntas de fato, que dizem respeito a questões concretas, tangíveis, fáceis de precisar, referem-se a dados objetivos, neste caso, estão relacionadas à idade (Marconi & Lakatos, 2003). Essas questões investigam a prevalência, topografia, ambiente, reforçadores, estímulos, frequência, aspectos motivadores e funções do comportamento de autolesão.

Questões específicas do questionário (Apêndice A) visam investigar o comportamento passado, o comportamento presente, comportamento provável, comportamento futuro, bem como o comportamento encoberto. Skinner (1974) destaca que através do relato de comportamento é possível acessar informações a respeito da história comportamental de um organismo e do seu papel para as emissões presentes e

futuras. Isso acontece porque a comunidade verbal possibilita ao falante descrever aspectos relevantes dos comportamentos encobertos e estímulos privados. O relato desse tipo de variável (estímulos privados e respostas encobertas) é aquele que se dá a partir de uma solicitação por maiores informações, apresentada por membros da comunidade da qual o falante faz parte. Isso é importante por produzir informações sobre eventos que incluem aqueles que caracterizam o fenômeno em questão. Sendo assim, as questões apresentadas no questionário usualmente demandaram dos participantes que descrevessem topografias ou efeitos do responder sobre o ambiente.

O comportamento provável pode ser investigado através de perguntas do tipo: o que você pretende fazer? Inclinar-se a fazer algo sugere que o organismo está sendo coagido ou obrigado. As respostas dependem da estimulação gerada. O comportamento passado trata-se de uma investigação sobre o que aconteceu, o que a pessoa estava fazendo, embora não seja comum descrevermos constantemente o comportamento em que estamos empenhados, é possível fazê-lo. Já o comportamento encoberto é identificado através de perguntas do tipo: o que você estava pensando/sentindo? Trata-se de um comportamento executado de forma não visível aos outros (Skinner, 1974).

4 Resultados

Dos participantes deste estudo, um total de 42 indivíduos, com idade entre 18 a 55 anos, 83,3% (35 participantes) eram do sexo feminino e 16,7% (07 participantes) eram do sexo masculino.

Em relação ao grau de escolaridade: 30 participantes (71,4%) estão cursando ou tem ensino superior completo, 10 participantes (23,8%) possuem ensino médio e dois participantes (4,8%) ensino fundamental, sendo estas categorias excludentes. Embora a quantidade de participantes com ensino superior seja maior do que os participantes que possuem ensino fundamental e ensino médio, quando observamos os dados percentuais daqueles que afirmaram nunca ter se envolvido em comportamentos autolesivos, percebe-se que a porcentagem foi mais alta para aqueles com maior escolaridade, sendo que dos participantes com ensino fundamental, todos (100%) já se envolveram em comportamento autolesivo em algum momento da vida. Com relação ao conjunto de participantes que possuem ensino médio, 20% afirmaram que nunca se envolveram nesse tipo de comportamento e para os indivíduos com ensino superior, 23,3% deles afirmaram nunca ter se envolvido em episódios de autolesão (Tabela 1). Mesmo que sem diferença significativa, ainda é possível observar que quanto menor a escolaridade maior pode ser o risco de se envolver em comportamentos autolesivos.

Tabela 1

“Você já se envolveu em algum evento de autolesão em algum momento da vida?”

Escolaridade	Sim	Não
Ensino Fundamental	100%	0%
Ensino Médio	80%	20%
Ensino Superior	76,7%	23,3%

A Tabela apresenta dados relativos à autolesão/escolaridade.

Quanto ao ambiente 45,2% dos participantes (19 participantes) afirmaram morar com companheiro(a), 19% dos participantes (8 participantes) moram com pais e irmãos, 16,7% dos participantes (7 participantes) moram sozinhos, 14,3% dos participantes (6 participantes) moram com filhos e 4,8% dos participantes (2 participantes) vivem com amigos. Destes, 52,4% dos participantes afirmaram que vivem em um ambiente tranquilo, 23,8% dos participantes destacaram como ambiente hostil e tenso, 14,3% dos participantes descreveram como um ambiente amigável e 9,5% dos participantes referem-se a um ambiente insuportável. Importante ressaltar aqui é que não houve uma preocupação em operacionalizar o significado dos termos utilizados (hostil, tenso, tranquilo, amigável, insuportável), mesmo porque não se tratou de uma intervenção com o objetivo de ensinar os participantes a descrever de forma mais precisa as contingências que os afetam. Os termos utilizados no questionário foram emprestados de estudos relevantes que descreveram o fenômeno. Também por se tratar de um estudo com delineamento de sujeito único ou intraparticipantes, entende-se que cada participante descreveu o ambiente da forma como o sente.

Sobre as razões que levaram os participantes a praticarem a autolesão pela primeira vez, 35,7% dos participantes (15 participantes) apontaram conflitos familiares como o fator desencadeante do comportamento de autolesão, 4,8% dos participantes (2 participantes) falecimento de algum familiar ou amigo, 2,4% dos participantes (1 participante) separação dos pais, 2,4% dos participantes (1 participante) apontaram briga com amigos e 54,8% dos participantes (23 participantes) destacaram que outros motivos o levaram a se autoagredir pela primeira vez.

A partir do teste do Qui-quadrado de independência de Pearson, relacionando o ambiente e os motivos pelos quais os participantes se machucaram pela primeira vez, percebe-se que o teste mostrou que há associação estatisticamente significativa entre o

ambiente hostil/tenso com a ocorrência de conflitos familiares que levaram ao primeiro episódio de autolesão [$X^2(12)=32,305$; $p<0,05$]. Como podemos analisar na Tabela 2, em um ambiente tranquilo, obteve-se 27,3% de respostas para conflitos familiares como evento catalisador para a autolesão, enquanto que no ambiente hostil/tenso esse percentual foi para 60% e no ambiente insuportável 50% e no ambiente amigável a taxa foi de 16,7%.

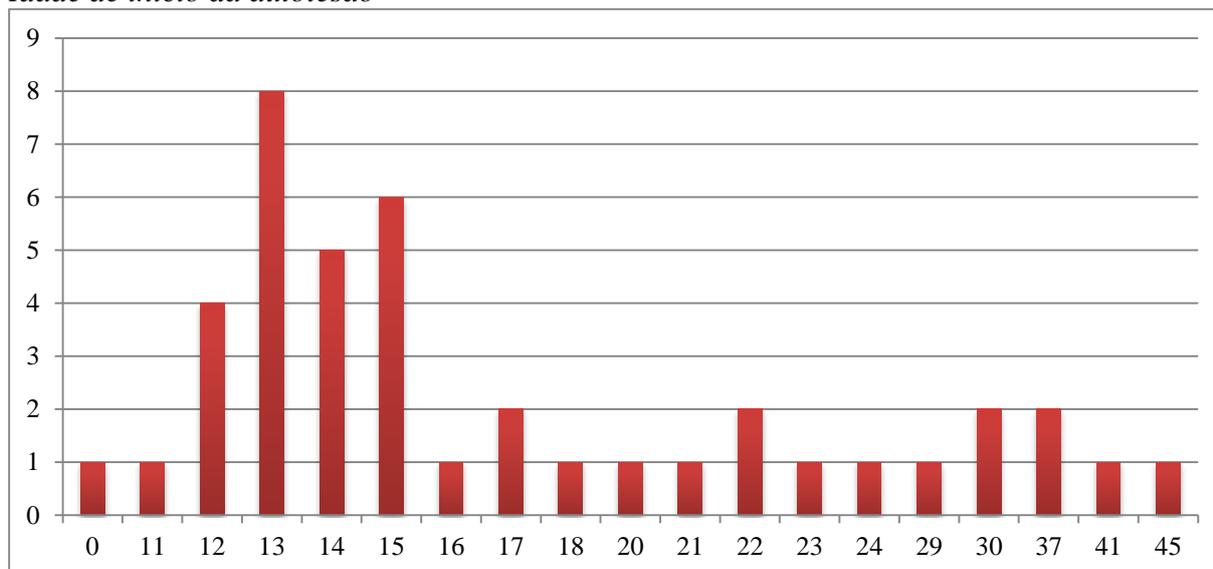
Tabela 2

“O que levou você a se machucar pela primeira vez?”

Ambiente	Separação dos pais	Falecimento de um familiar ou amigo	Briga com amigos	Conflitos Familiares	Outros
Hostil/Tenso	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%
Insuportável	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Tranquilo	0,0%	0,0%	4,5%	27,3%	68,2%
Amigável	16,7%	0,0%	0,0%	16,7%	66,7%

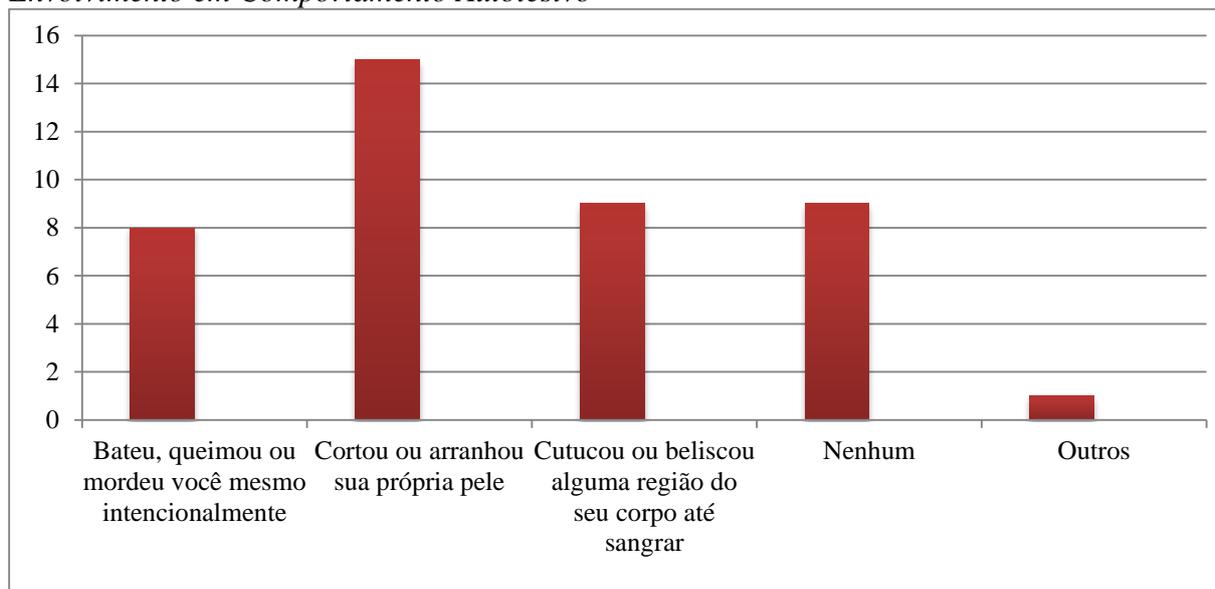
A Tabela apresenta dados relativos a autolesão/ambiente/motivos para se autolesionarem pela primeira vez.

A seguir, na Figura 1 é possível observar a frequência da idade em que se iniciou o comportamento de autolesão em cada participante que respondeu ao questionário. Percebe-se que a idade com maior prevalência de início do fenômeno está entre os 12 e 15 anos, sendo: 12 anos (9,5%), 13 (19%), 14 (11,9%) e 15 anos (14,3%).

Figura 1*Idade de início da autolesão*

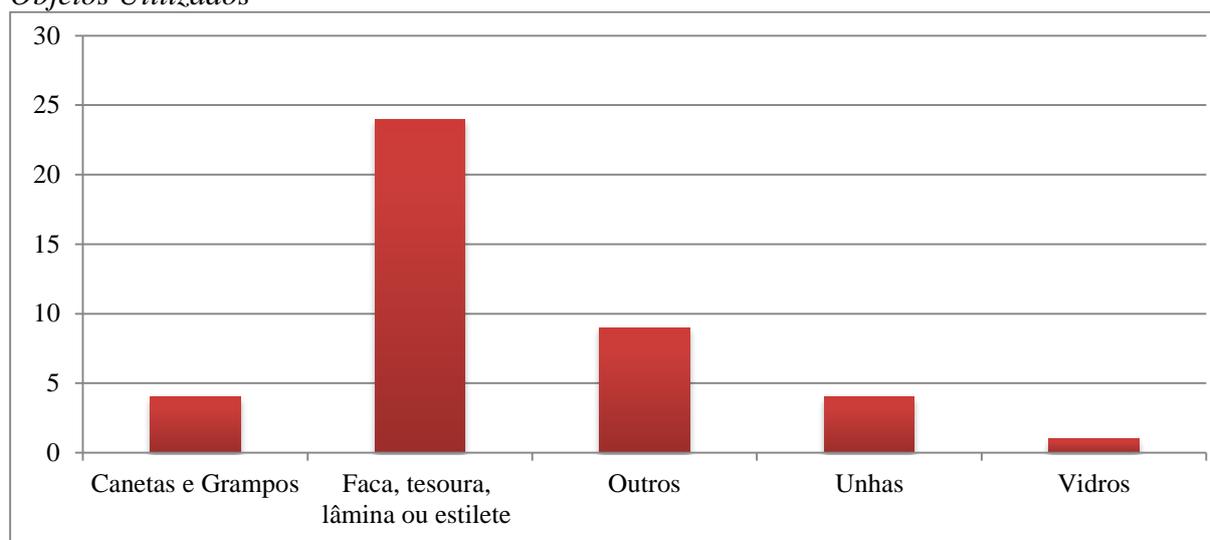
A Figura 1 apresenta a frequência no eixo vertical e a idade de início da autolesão no eixo horizontal.

No que se refere à topografia, 35,7% (15 participantes) destacaram que se cortaram ou arranharam a própria pele no último ano, 21,4% (9 participantes) cutucaram ou beliscaram alguma região do corpo até sangrar, 19% (8 participantes) relataram que bateram, queimaram ou morderam alguma parte do próprio corpo intencionalmente, 21,4% (9 participantes) indicaram que não realizaram nenhum desses comportamentos e 2,4% (1 participante) relataram que utilizaram outros métodos de autolesão, conforme consta na Figura 2.

Figura 2*Envolvimento em Comportamento Autolesivo*

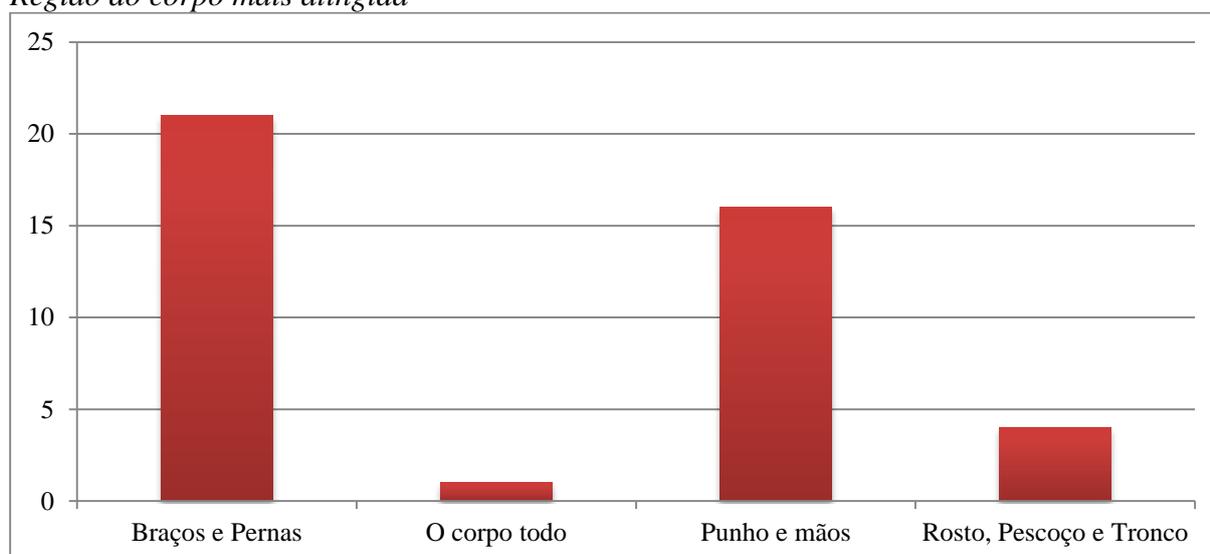
A Figura 2 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e a topografia do comportamento autolesivo no eixo horizontal.

Dos objetos utilizados para praticar a autolesão 57,1% (24 participantes) afirmaram utilizar faca, tesoura, lâmina ou estilete, 9,5% (4 participantes) utilizam canetas e grampos, 9,5% (4 participantes) usam as próprias unhas para se autoagredir, 2,4% (1 participante) utiliza vidros e 21,4% (9 participantes) relataram valer-se de outros recursos para praticar a autolesão (Figura 3).

Figura 3*Objetos Utilizados*

A Figura 3 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e o objeto escolhido para a prática de autolesão no eixo horizontal.

Com a relação à região do corpo mais atingida 50% (21 participantes) afirmaram que são os braços e as pernas, 38,1% (16 participantes) punho e mãos, 9,5% (4 participantes) rosto, pescoço e tronco e 2,4% (1 participante) afirmaram lesionar o corpo todo (Figura 4).

Figura 4*Região do corpo mais atingida*

A Figura 4 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e a região do corpo mais atingida no eixo horizontal.

A respeito da frequência com que acontecem os comportamentos autolesivos, é possível observar através da Figura 5 que 59,5% (25 participantes) afirmaram se autolesionar uma vez a cada 30 dias, 21,4% (9 participantes) praticam todos os dias, 9,5% (4 participantes) a cada 15 dias e 9,5% (4 participantes) até 03 vezes na semana.

Figura 5

Frequência da Autolesão



A Figura 5 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e a frequência da autolesão no eixo horizontal.

Quando questionados se sentiram dor quando se machucaram 45,2% dos participantes relataram sentir pouca dor, 38,1% dos participantes afirmaram não sentir dor e 16,7% dos participantes sentiram uma dor moderada. E em relação ao consumo de bebida alcoólica 64,3% dos participantes afirmaram beber socialmente, 28,3% dos participantes não consomem bebida alcoólica e 7,1% dos participantes consomem até 03 vezes na semana. Destes 92,9% dos participantes destacaram que não estavam sob efeito de álcool ou drogas quando praticaram a autolesão e 7,1% dos participantes estavam sob efeito de álcool ou drogas quando se machucaram.

Quando o participante estava sob efeito de álcool ou drogas ao praticar o comportamento autolesivo é possível observar que o percentual dos que não sentiram dor equivale a 66,7% e os que sentiram pouca dor 33,3%, conforme consta na Tabela 3. Enquanto que, aqueles que não estavam sob efeito de drogas lícitas ou ilícitas a proporção dos que não sentiram dor foi de 35,9%, aqueles que sentiram pouca dor o a proporção foi de 46,2% e ainda 17,9% relataram sentir dor moderada na prática da autolesão. Apesar de não apresentar diferença significativa pelo Teste do Qui-quadrado, observa-se que o uso de álcool ou outras drogas pode favorecer os indivíduos a se engajarem neste comportamento, pois dessensibiliza a pessoa à dor, podendo aumentar as chances dessas pessoas se engajarem nesse comportamento quando estiverem sob efeito dessas substâncias.

Tabela 3

“Quando praticou alguns desses comportamentos, você estava sob efeito de álcool ou drogas?” ”Sentiu dor quando se machucou?”

Efeito de álcool ou drogas	Não senti dor	Senti pouca dor	Senti uma dor moderada
Sim	66,70%	33,30%	0,00%
Não	35,90%	46,20%	17,90%

A Tabela apresenta dados relativos à proporção de autolesão/efeito do uso de álcool ou drogas/dor durante o comportamento.

Ao questionar a respeito de com quem estava quando se machucaram 83,3% dos participantes estavam sozinhos, 11,9% dos participantes estavam com a família e 4,8% dos participantes estavam com amigos. É importante esclarecer que é característico do fenômeno que o indivíduo pode provocar autolesões de forma oculta, por baixo da roupa, por exemplo. Sendo assim, mesmo acompanhados, não necessariamente os indivíduos estavam sendo assistidos enquanto praticavam a autolesão. E sobre o local escolhido para praticar a autolesão 90,5% dos participantes estavam em casa e 9,5% dos participantes

estavam na escola ou na faculdade. Dos 42 participantes 61,9% afirmaram que não tem um momento específico do dia para praticar a autolesão, 16,7% dos participantes optam pela noite, 11,9% dos participantes praticam durante a madrugada e 9,5% dos participantes costumam se machucar no período da tarde.

Ao analisar os motivos pelos quais os participantes se engajaram no comportamento de autolesão e o que estava sentindo quando se machucaram, sendo que “motivos e propósitos são na, melhor das hipóteses, efeitos dos reforços” (Skinner, 1974, p 52). O teste do Qui-quadrado de independência mostrou que há associação entre as consequências e os eventos antecedentes ao comportamento de se autolesionar, [$X^2 (8) = 25,221$; $p < 0,05$]. Pode-se observar, na Tabela 4, que 87% dos participantes que estavam sob condições de estímulos aversivos, ao praticarem a autolesão removeram os estímulos aversivos do ambiente (aliviar as sensações ruins e relaxar), aumentando então a probabilidade da autolesão voltar a ocorrer no futuro. Daqueles que relataram que sentiam medo, 100% praticaram como forma de aliviar e relaxar. Àqueles que se sentiam ansiosos 60% também relataram uma forma de buscar alívio e relaxamento. Dos que sentiam culpa 100% motivaram-se também pela busca de alívio e aqueles que praticaram para pertencer a um grupo ou por influência dos amigos 50% deles foi para chamar atenção ou sentir-se pertencente ao grupo e 50% buscavam aliviar sensações ruins e relaxar.

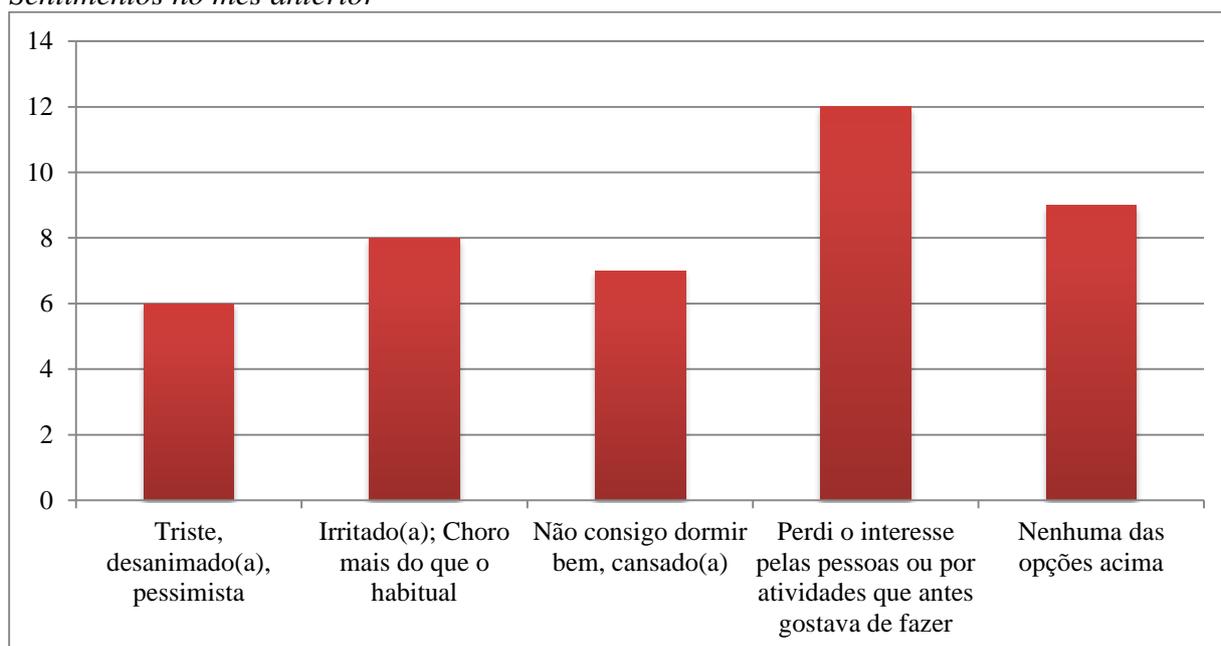
Tabela 4

“Quando você se machucou o que estava sentindo?” ”Quais motivos para se machucar?”

Estímulos	Chamar atenção, parecer com alguém ou pertencer a um grupo	Aliviar sensações ruins, angústia, para relaxar	Nenhuma das opções listadas
Tristeza	0,00%	87,00%	13,00%
Medo	0,00%	100,00%	0,00%
Ansiedade	0,00%	60,00%	40,00%
Culpa	0,00%	100,00%	0,00%
Para pertencer a um grupo ou porque meus amigos fazem	50,00%	50,00%	0,00%

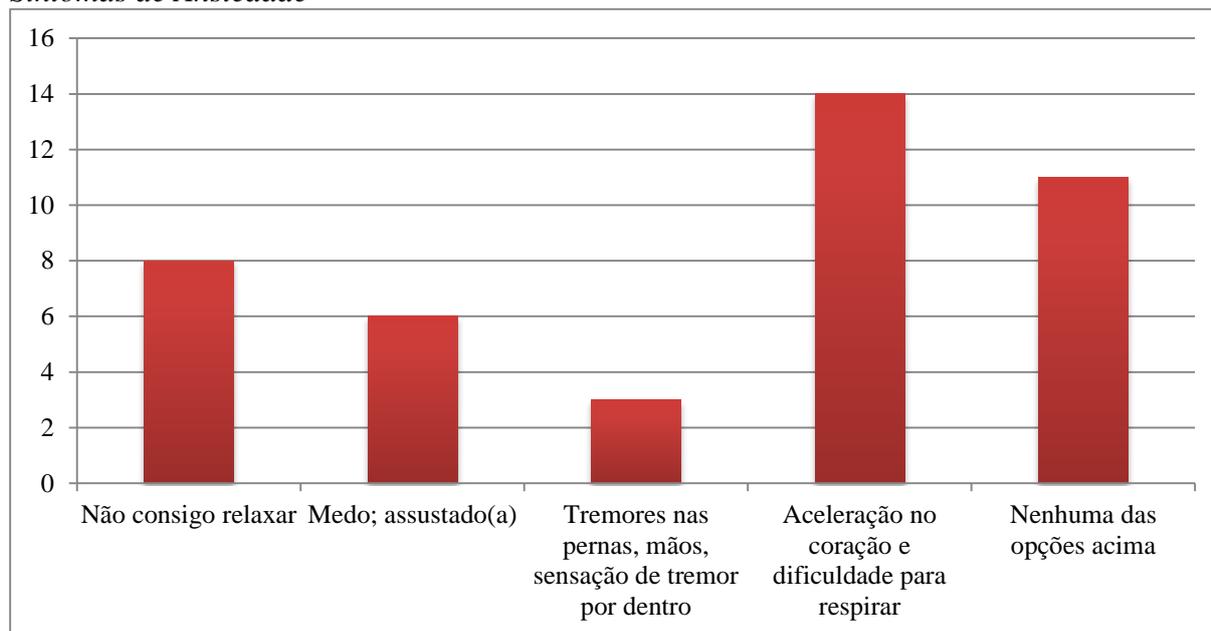
A Tabela apresenta dados relativos à autolesão/estímulos/consequentes.

Sobre como estavam se sentindo no mês anterior 28,6% (12 participantes) disseram que perderam o interesse pelas pessoas ou por atividades que antes gostavam de fazer, 19% (8 participantes) se sentiram irritados e choraram mais do que o habitual, 16,7% (7 participantes) não conseguem dormir bem, sentem-se cansados, 14,3% (6 participantes) sentiam-se tristes, desanimados(as) e pessimista e 21,4% (9 participantes) disseram que nenhuma das opções representavam seu estado emocional, como podemos observar na Figura 6.

Figura 6*Sentimentos no mês anterior*

A Figura 6 apresenta os sentimentos do indivíduo no mês anterior à coleta de dados (data da coleta: 30 de maio de 2020 a 10 de julho de 2020).

Em relação a alguns aspectos relacionados à ansiedade 33,3% (14 participantes) apontaram que sentem aceleração no coração e dificuldade para respirar, 19% (8 participantes) não conseguem relaxar, 14,3% (6 participantes) sentem medo e ficam assustados, 7,1% (3 participantes) sentem tremores nas pernas, mãos, sensação de tremor por dentro e 26,2% (11 participantes) afirmaram que não se identificaram com nenhuma das descrições, como podemos observar na Figura 7.

Figura 7*Sintomas de Ansiedade*

A Figura 7 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e os sintomas de ansiedade no eixo horizontal.

Quando analisamos os estímulos antecedentes (neste caso, estímulos aversivos), a resposta (comportamento de autolesão) e as consequências desse comportamento (reforçadores) em cada participante, nota-se, através da Tabela 5, que aqueles que sentiam tristeza passaram a sentir alívio (39,1%), Prazer (13,0%), continuaram tristes (17,4%) passaram a sentir culpa (17,4%) e 13,0% sentiram raiva. Os participantes que sentiam medo no momento em que se machucavam, posteriormente sentiram alívio (100,0%). Para aqueles que diziam-se ansiosos, logo após a autolesão sentiram alívio (33,3%), prazer (13,3%), tristeza (6,7%), culpa (40,0%) e raiva (6,7%). Os indivíduos que sentiam-se culpados por alguma situação, após a autolesão sentiram-se tristes (100,0%) e aqueles que praticaram este comportamento para pertencer a um grupo ou por influência dos amigos, sentiram prazer (100,0%) logo após a prática.

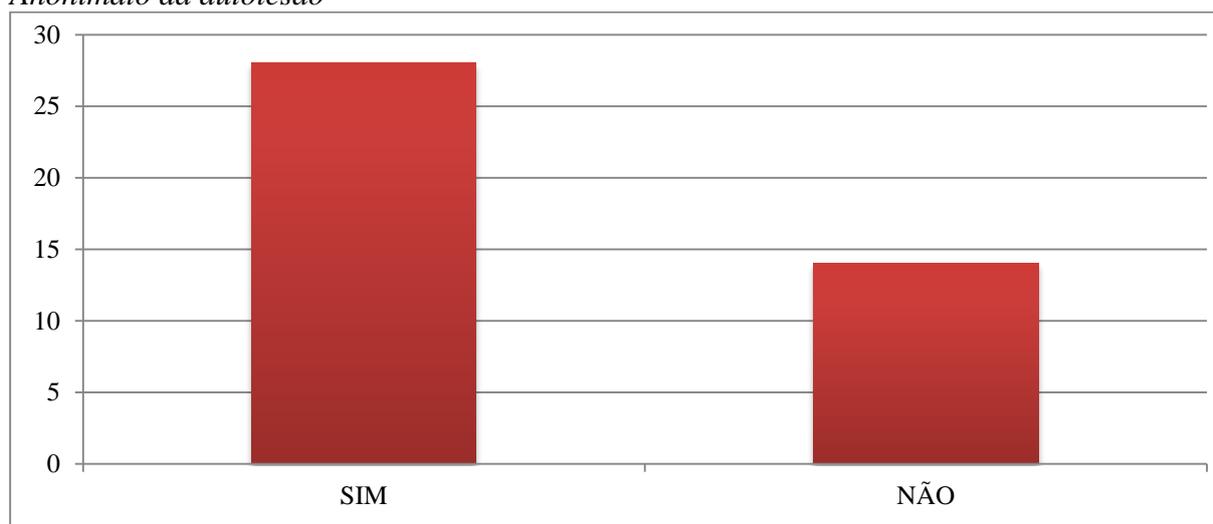
Tabela 5
Estímulos e Respostas

Estímulos	Alívio	Prazer	Tristeza	Culpa	Raiva
Tristeza	39,10%	13,00%	17,40%	17,40%	13,00%
Medo	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ansiedade	33,30%	13,30%	6,70%	40,00%	6,70%
Culpa	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Para pertencer a um grupo ou porque meus amigos fazem	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

A Tabela apresenta dados relativos à autolesão/estímulo/reforçadores.

Ao observarmos a proporção dos participantes que escondem os machucados ocasionados pela autolesão, percebe-se que 66,7% (28 participantes) escondem os ferimentos e 33,3% (14 participantes) não escondem (Figura 8). Ao correlacionarmos esta variável com a variável de porque os participantes costumam esconder os ferimentos, aqueles que escondem, 64,3% dos participantes disseram que escondem para não precisar explicar os motivos, 21,4% dos participantes escondem para não serem julgados e 14,3% dos participantes escondem por vergonha (Tabela 6).

Figura 8
Anonimato da autolesão



A Figura 8 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e o anonimato da autolesão no eixo horizontal.

Tabela 6*“Você costuma esconder os machucados ocasionados pela autolesão?”*

Costuma esconder	Vergonha	Culpa	Para não ser julgado	Para não precisar explicar os motivos
Sim	14,30%	0,00%	21,40%	64,30%
Não	7,10%	7,10%	7,10%	78,60%

A Tabela apresenta dados relativos aos participantes que escondem os ferimentos/por quais motivos escondem.

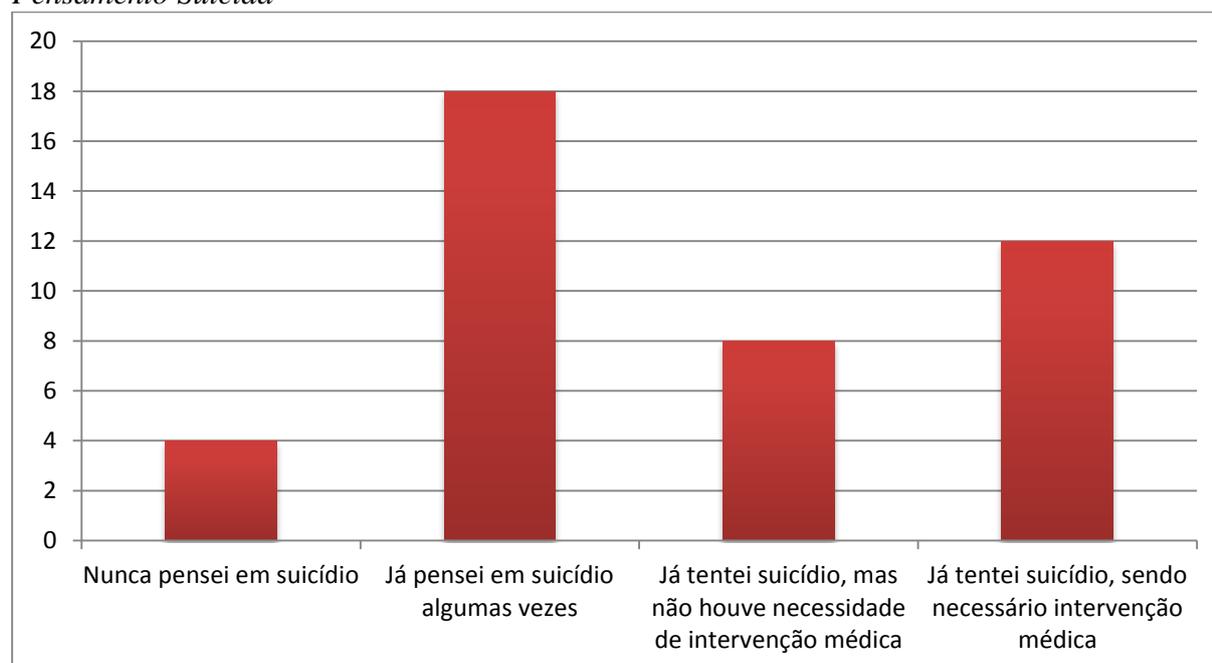
E quando seus ferimentos são descobertos 61,9% das pessoas fazem julgamentos, 19% não sabem o que fazer, 11,9% entendem e tentam ajudar e 7,1% ficam com medo e se afastam.

Em relação a considerar o ato de autolesão satisfatório 28,6% dos participantes relataram que precisam ver sair sangue, 16,7% dos participantes preferem não serem vistos, 4,8% dos participantes consideram a autolesão satisfatória se perderem pele, 2,4% dos participantes consideram satisfatório se forem visto por alguém e 47,6% dos participantes consideraram que nenhuma das opções indicam a satisfação do momento. Quando questionados se contaram sobre a autolesão para alguém, 38,1% dos participantes relataram não ter contado para ninguém a respeito da autolesão, 33,3% dos participantes contaram para companheiro(a), 21,4% dos participantes falaram para amigos e 7,1% dos participantes expuseram para os pais.

E em relação à ideação suicida a frequência dos participantes que disseram que já pensaram em suicídio algumas vezes chegou a 42,9%, como podemos observar na Figura 9, aqueles que já tentaram suicídio, sendo necessária intervenção médica corresponde a uma porcentagem de 28,6% dos participantes, aqueles que já tentaram suicídio, mas não houve necessidade de intervenção médica atingiu um percentual de 19% dos participantes e apenas 9,5% dos participantes relataram nunca terem pensado em suicídio. Quando relacionamos as variáveis de envolvimento com autolesão e pensamento suicida (Tabela 7), observa-se que aqueles que já praticaram autolesão 39,4% já pensaram em suicídio

algumas vezes, apenas 6,1% nunca pensaram em suicídio, 36,4% já tentaram suicídio sendo necessário intervenção médica e 18,2% já tentaram suicídio, mas não houve necessidade de intervenção médica.

Figura 9
Pensamento Suicida



A Figura 9 apresenta a frequência de participantes no eixo vertical e o envolvimento em pensamentos suicidas no eixo horizontal.

Tabela 7
Envolvimento em autolesão e Pensamento Suicida

Envolvimento em Autolesão	Nunca pensei em suicídio	Já pensei em suicídio algumas vezes	Já tentei suicídio, mas não houve necessidade de intervenção médica	Já tentei suicídio, sendo necessário intervenção médica
Sim	6,10%	39,40%	18,20%	36,40%
Não	22,20%	55,60%	22,20%	0,00%

A Tabela apresenta dados relativos ao envolvimento em autolesão X pensamentos suicidas.

Quando relacionamos o uso de álcool com o pensamento suicida (Tabela 8), percebemos que o álcool pode ser considerado fator de risco para a ideia de suicídio, pois

as pessoas que consomem bebida alcoólica socialmente 72,2% delas já pensaram em suicídio algumas vezes. Para aqueles que já tentaram suicídio, não sendo necessário intervenção médica 75% consomem bebida alcoólica socialmente e para quem já tentou suicídio e houve necessidade de intervenção médica 75% também consomem bebida alcoólica e apenas 25% relataram que não fazem uso de nenhuma bebidas alcoólicas. Portanto, o uso de álcool pode ser um facilitador para as pessoas pensarem ou se engajarem em comportamentos suicidas.

Tabela 8

Consumo de Bebida alcoólica e Ideação Suicida

Ideação Suicida	Não	Socialmente
Nunca pensei em suicídio	50,00%	50,00%
Já pensei em suicídio algumas vezes	27,80%	72,20%
Já tentei suicídio, mas não houve necessidade de intervenção médica	25,00%	75,00%
Já tentei suicídio, sendo necessário intervenção médica	25,00%	75,00%

A Tabela apresenta dados relativos ao consumo de bebidas alcoólicas/pensamentos suicidas.

Em uma retrospectiva dos principais dados referentes aos resultados desta pesquisa, temos: dos participantes 83,3% são do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino, com nível de escolaridade fundamental (4,8%), médio (23,8%) e superior (71,4%). Quanto à idade de início do comportamento de autolesão, os dados apontam a idade dos 13 aos 15 anos como a faixa etária em que geralmente esses comportamentos emergem. Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o ambiente familiar caótico e os estímulos (conflitos familiares) pelos quais levaram os indivíduos a se engajarem no comportamento de autolesão.

A região do corpo mais afetada foram os braços e as pernas (50%), seguida pelos punhos e mãos (38,1%). Facas, tesoura, lâmina e estilete foram apontados como os

objetos mais utilizados (57,1%) durante a prática de autolesão. De modo geral, a autolesão provocou a remoção de estímulos aversivos do ambiente, aumentando, dessa forma, a probabilidade do indivíduo vir a se autolesionar novamente no futuro.

A respeito da correlação entre autolesão e pensamento, suicida sugere-se que a autolesão é um importante fator de risco para a ideação suicida, pois aqueles indivíduos que já se envolveram em comportamentos autolesivos mostraram-se mais vulneráveis não só à ideação suicida, como também as tentativas de suicídio envolvendo a necessidade de intervenção médica (36,4%), enquanto que aqueles que nunca se envolveram em autolesão não apontaram episódios de tentativas de suicídio com a necessidade de intervenção médica.

No que se refere à correlação entre ideação suicida e o consumo de bebidas alcoólicas, observou-se que não houve uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis. No entanto, os indivíduos que consumiam bebidas alcoólicas mostraram-se mais vulneráveis ao comportamento suicida do que aqueles que não consumiam esse tipo de substância, sendo que dos que fazem uso de bebidas alcoólicas 72,2% já pensaram em suicídio algumas vezes e 27,8% dos que não consumiam mantiveram esse mesmo tipo de pensamento. E para aqueles que já tentaram suicídio sendo necessário ou não a intervenção médica 75% consumiam bebidas alcoólicas e 25% não consumiam.

5 Discussão

O objetivo deste estudo é identificar as possíveis correlações entre as características do comportamento autolesivo e situações que podem influenciar na sua ocorrência e/ou gravidade. Desta forma, busca-se identificar os eventos aversivos que atuaram como estímulos para emergir o comportamento de autolesão, bem como as variáveis ambientais que estimulam a prática da autolesão, além de verificar o que mantém esse comportamento e qual a sua função.

A discussão será apresentada por tópicos, sendo que a distribuição ficou dividida em oito subtítulos, em que serão discutidos os resultados coletados através do questionário elaborado em consonância com a literatura apresentada. Num primeiro momento tratar-se-á sobre a pandemia de Covid-19 e o comportamento de autolesão, logo após trataremos sobre a frequência e a prevalência do comportamento de autolesão. Em seguida, será abordado como as relações familiares e sociais podem ser propulsoras da autolesão e como essas relações podem atuar como estímulos ou como reforçadores do comportamento desadaptado. Logo adiante, abordaremos sobre as técnicas, instrumentos, mecanismos e o anonimato da autolesão. Posteriormente, os fatores de risco e as funções do comportamento de autolesão, seguido do papel do uso do álcool na ocorrência da violência autodirigida. Por fim, a relação entre autolesão e a ideação suicida e as limitações da pesquisa.

Importante enfatizar que trabalhamos, no contexto desta pesquisa, com o relato de comportamento, ou seja, os participantes relatam seu próprio comportamento. Sendo assim, a pesquisadora não teve acesso direto a estes comportamentos. A credibilidade das respostas fica associada, então, à natureza comportamental do relato dos fatos descritos e avaliados por cada participante. Esse modo de lidar com os dados caracteriza o estudo

como fundamentalmente opinativo, os participantes não são experts do fenômeno nem na sua análise psicológica ou comportamental. Mesmo assim, é objeto de relevância para esse tipo de investigação, pois é a única forma conhecida de obtenção desse tipo de informação, em especial no contexto da pandemia do COVID-19. Desse modo, de acordo com Machado, Silvano e Hutz (2015) entende-se por relato verdadeiro o fato que genuinamente foi vivido pelo relator e relatado sem distorção das informações. Considerando relato não verdadeiro aquele que, propositalmente e conscientemente, apresenta informações distorcidas e que diverge dos fatos reais vividos com o intuito de induzir a erro.

5.1 A Pandemia de Covid-19, os impactos na saúde mental e o comportamento de autolesão

Talvez em um contexto histórico de epidemias e pandemias, nunca na história houve uma preocupação tão grande com a saúde mental, como agora na pandemia de Covid-19. Descrita como uma das maiores crises de saúde pública das últimas décadas, a pandemia de Covid-19 intensifica a preocupação com a saúde física e mental de toda população mundial. Um evento como este pode gerar perturbações sociais e psicológicas em grande escala, afetando a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade. Dentre essas perturbações e impactos, a saúde mental acende um alerta, pois os casos de depressão, ansiedade, comportamentos desadaptados podem emergir em momentos de crises. Dentre esses impactos, a alteração na rotina, o isolamento, a preocupação com a saúde, o medo, incertezas sobre o trabalho, desemprego, crise financeira, tudo isso causa um agravamento nos problemas de saúde mental, podendo chegar a uma epidemia oculta de saúde mental.

Antes da pandemia de Covid-19 já se verificava um aumento significativo na ocorrência de novos casos de autolesão, estima-se que com essa emergência em saúde os casos possam aumentar ainda mais, no entanto, é importante enfatizar que investigou-se as características desse comportamento desde o primeiro episódio de ocorrência na vida do indivíduo e quais foram os estímulos aversivos que favoreceram a emergência desse comportamento, mesmo que esses episódios tenham acontecido antes da pandemia. Entendemos que os impactos da pandemia podem aumentar a sobrecarga de estresse, as pessoas ficam mais expostas a estímulos aversivos, tais como: violência/conflitos no ambiente familiar, abusos físicos, psicológicos e sexuais, o medo da doença, o isolamento, o distanciamento de amigos e familiares, pode desencadear no aumento dos comportamentos de autolesão. Neste caso, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas futuras que possam investigar o aumento, a gravidade e a função do comportamento de autolesão durante a pandemia de Covid-19, verificando como as mudanças no estilo de vida e os impactos da pandemia afetaram na ocorrência desse comportamento.

5.2 Frequência e prevalência do fenômeno de Autolesão

De acordo com a análise dos resultados dessa pesquisa, observou-se que a idade em que os comportamentos de autolesão geralmente emergiram na vida dos indivíduos corresponde à faixa etária dos 12 aos 15 anos, sendo que, 9,5% dos respondentes iniciaram a prática de autolesão aos 12 anos, 19% aos 13 anos, 11,9% aos 14 anos e 14,3% aos 15 anos. Quanto a isso Cedaro e Nascimento (2013) sugerem que o comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, em geral tem início na adolescência, entre os 13 e 14 anos, mas pode persistir por 10 a 15 anos ou ainda, por muito mais tempo.

Borges (2012) reporta que a idade de início do comportamento autolesivo geralmente está entre os 12 aos 14 anos de idade, no entanto a faixa etária dos 18 aos 25 anos é o grupo que apresenta maior potencialidade de se envolver nesse tipo de comportamento. Reis, Figueira, Ramiro e Matos, (2012) acrescenta que cerca de 13% a 25% dos adolescentes e jovens adultos mencionaram já ter se envolvido em algum episódio de violência autodirigida em algum momento da vida e pelo menos 6% referem-se engajar-se nessa prática com frequência, tornando-se um comportamento crônico.

De acordo com Guitana (2018) a autolesão pode ser encontrada em todas as faixas etárias, embora pareça mais frequente na adolescência. Este comportamento parece ser mais acentuado entre os 14 e 24 anos e o pico de incidência, no sexo feminino, parece ocorrer na faixa dos 15 aos 19 anos, nos homens, o pico fica entre a faixa de 20 a 29 anos. Este comportamento diminui de frequência a partir dos 40 anos, raramente vai até os 60 e parece aumentar a partir dos 70 anos, o que poderá dever-se a perturbações orgânicas, como a demência, e/ou a depressão no idoso. Sendo assim, os dados da literatura corroboram com os dados obtidos no presente estudo.

Na amostra estudada, houve predominância do sexo feminino, dos 42 participantes, 35 eram do sexo feminino, ou seja, equivalente a 83,3%, contra 07 do sexo masculino, o que corresponde a 16,7% do total de participantes que praticaram autolesão. Giusti (2013) sugere que no Brasil, os estudos sobre a prevalência do comportamento autolesivo ainda são incipientes, no entanto, destaca que apesar de não ser um problema predominantemente do sexo feminino, há evidências de que esse comportamento seja mais frequente neste sexo. Simioni (2017) sugere que após uma revisão da literatura internacional, uma vasta maioria dos estudos apontaram persistência dessa diferença entre os sexos. Borges (2012) destaca que as taxas de comportamentos autolesivos não só são mais elevadas no sexo feminino em comparação com o sexo masculino, como também

pode chegar a serem até quatro vezes maiores os índices de prevalência. Pode-se concluir, assim, que os resultados do estudo corroboram o que tem encontrado a literatura a respeito da prevalência de mulheres dentre as pessoas que apresentam o fenômeno.

Já em relação à escolaridade, Silva e Botti (2017) sugerem que quanto menor a escolaridade, maior é o risco de se envolver no comportamento de autolesão. Destacam ainda que no estudo de prevalência entre universitários norte-americanos demonstra que os alunos de graduação (7,9%) são mais propensos do que os alunos de pós-graduação (6,0%) a se engajarem nesse tipo de comportamento. Com base na revisão realizada e em consonância com outros autores, Guerreiro e Sampaio (2013) apontam que é possível observar a relação deste comportamento com menores níveis de escolaridade. Klonsky, May e Glenn (2014) igualmente sugerem que aqueles que sofrem de baixa escolaridade são mais vulneráveis ao comportamento de autolesão. Nota-se, no caso da amostra estudada, que a proporção de autolesão vai diminuindo conforme vai aumentando o grau de escolaridade, no entanto é importante observar que a amostragem de participantes com grau de escolaridade fundamental (4,8%) e médio (23,8%) é muito inferior aos participantes com grau superior (71,4%), podendo, desta forma, afetar a representatividade desses dados.

5.3 Relações familiares ou sociais como propulsoras do fenômeno

Na amostra estudada, observou-se uma associação estatisticamente significativa, [$X^2(12) = 32,305; p < 0,05$], entre o ambiente familiar caótico e os conflitos familiares como propulsores do comportamento de autolesão, por exemplo, no ambiente amigável apenas 16,7% dos participantes elencaram os conflitos familiares como evento catalisador para a autolesão, enquanto que no ambiente hostil/tenso esse percentual foi para 60% e no

ambiente insuportável 50%, dessa forma, sugere-se que o ambiente, as relações familiares e interpessoais/sociais podem estar relacionadas a estratégias de enfrentamento mal adaptadas, neste caso, autolesão.

Querer ser aceito e valorizado pelos outros é uma necessidade inerente de todo ser humano, principalmente pelas figuras significativas. No entanto, a presença de situações de aceitação e rejeição pode influenciar no desenvolvimento de determinados padrões de relacionamentos sociais e íntimos (Romero-Canyas & Downey, 2005).

Pietrzak, Downey e Ayduk (2005) destacam que as pessoas que tem sensibilidade à rejeição são aqueles que desde muito cedo experienciaram rejeição em relações que envolviam pessoas próximas, significativas. Desse modo, o medo do abandono e da rejeição leva-os a adotarem comportamentos que visam evitar a rejeição. Ficam atentos a qualquer pista que pareça uma ameaça e quando percebem uma rejeição, a ansiedade aumenta, aumentando também a percepção de negatividade e logo em seguida expressam intensas reações, comprometendo as relações interpessoais.

De acordo com Silva e Botti (2017) alguns aspectos das relações familiares ou sociais podem influenciar na ocorrência de comportamentos autolesivos, principalmente problemas interpessoais, tais como: dificuldades de relacionamento com parceiros, familiares, amigos, cônjuges e vizinhos. Além disso, rejeição, conflitos, negligência, repressão da expressão emocional, ambientes inseguros e inconsistentes podem aumentar a probabilidade das pessoas se engajarem em comportamentos danosos a si mesmo. Maltratos físicos, assédio, abuso físico e sexual, separação dos pais, familiares com histórico de autolesão também são fatores de risco para o comportamento de autolesão.

Claes e Muehlenkamp (2014) destacam que vínculos consistentes e o suporte social tem importante relevância quando se analisa o fenômeno de autolesão, portanto quando se tem dificuldades em estabelecer vínculos de confiança e afeto nas relações

interpessoais existe um efeito direto na percepção de falta de apoio emocional e na crítica parental, favorecendo os comportamentos auto prejudiciais. Neto (2019) sugere que um ambiente familiar caótico é propício para o indivíduo não conseguir regular suas emoções de maneira adequada e com isso se torne um fator de risco para a autolesão.

O desapontamento, o abandono e a raiva têm maior probabilidade de surgirem quando as figuras significativas não se mostram disponíveis. Desse modo, a incapacidade de lidar com a frustração, os afetos negativos podem gerar instabilidade emocional, dificuldades interpessoais, impulsividade, sendo assim, esses eventos sentidos como insuportáveis podem ser suprimidos através do comportamento autolesivo (Guitana, 2018).

Giusti (2013) destaca que vários são os fatores que podem estar associados ao comportamento de autolesão. Experiências traumáticas geralmente precedem e podem contribuir para o desenvolvimento do fenômeno. Dos problemas relacionados à infância, a autora destaca que a negligência, abusos (sexual, físico, emocional), dificuldade de apego, doenças, estresse emocional precoce podem ser eventos propulsores para a autolesão. No âmbito social, destaca-se o bullying, influências de colegas, dificuldade de relacionamentos interpessoais, bem como acesso a informações sobre autolesão em alguma mídia eletrônica. No campo familiar, podem ser catalisadores da autolesão a ausência de um dos pais, dependência de álcool, desvalorização por parte da família, separação dos pais, violência familiar, relações familiares disfuncionais, doenças e depressão.

Linehan (1993) sugere que ambientes inseguros e inconsistentes levam o indivíduo a ter um desenvolvimento pessoal pobre e, conseqüentemente, pouca habilidade para lidar com eventos aversivos, o que levaria a comportamentos mal adaptados, entre eles, a autolesão. Gratz, Conrad e Roemer (2002) avaliaram a relação

entre pais e filhos e revelaram que a negligência e má qualidade de vínculo entre pais e filhos estavam associadas a risco para desenvolvimento de autolesão.

As relações familiares disfuncionais podem fazer com que o indivíduo se sinta isolado e inseguro quanto às relações interpessoais, conseqüentemente, sintam raiva autodirigida e autodepreciação, não conseguem verbalizar os sentimentos e sofrem rápidas oscilações nas emoções. Desta forma, a falta de mecanismos de adaptação pode favorecer a adoção de estratégias compensatórias, muitas vezes mal adaptadas para lidar com os problemas, entre elas, a autolesão (Giusti, 2013).

Rodrigues (2015) apontou associação do comportamento de autolesão com dificuldades no relacionamento parental e entre pares. A ausência de comunicação congruente, positiva e participativa entre os membros familiares é um importante fator de risco para o desenvolvimento da autolesão e, conseqüentemente, da ideação suicida, uma vez que pode se tornar uma forma de lidar com o sofrimento intrafamiliar, dada a impotência do indivíduo diante dos conflitos vivenciados. Desse modo, observa-se que há uma concordância entre a literatura e os dados obtidos com a população estudada, portanto corroborando tal característica do fenômeno de autolesão com a bibliografia que ora se apresenta.

5.4 As técnicas, mecanismos, instrumentos utilizados e o anonimato da autolesão

Observou-se na amostra estudada que facas, tesoura, lâminas e estilete (57,1%) foram os objetos mais utilizados para a prática da autolesão, associado aos cortes e arranhões na própria pele (35,7%), seguido por cutucar e beliscar alguma região do próprio corpo até sangrar (21,4%) como as técnicas mais utilizadas durante o ato de se autolesionar. Romaro (2017) ressalta que as técnicas, mecanismos e instrumentos

utilizados na prática da autolesão são variados e parecem ser inesgotáveis devido a grande criatividade e desespero dos organismos, no entanto os comportamentos mais típicos são os cortes, arranhões e cutucar feridas.

Giusti (2013) acrescenta que é comum utilizar mais de um método de autolesão em diferentes ocasiões, mas que o mais frequente são os cortes. No estudo de Klonsky (2011) revelou-se que 50% das pessoas que se autolesionam utilizavam mais de um método para praticar as lesões, em média são usados dois tipos.

Segundo Rosenthal e Rosenthal (1984) podem ser utilizados mais de um método para praticar autolesão, no entanto, Briere e Gil (1998) sugerem que os mais prevalentes são os cortes (70 a 97%), seguidos por bater em si mesmo (21 a 44%) e as queimaduras com a proporção de 15 a 35%.

Neto (2019) buscou caracterizar e compreender o comportamento autolesivo, para isso, investigou quais foram os fatores precipitantes, o método utilizado, o sentimento que precipitou o episódio, o objeto utilizado, as partes do corpo mais atingidas e as funções da autolesão. Em seu estudo, verificou-se que o objeto mais utilizado é a lâmina e o método que aparece com maior frequência são os cortes. Klonsky, Oltmanns e Turkheimer (2003) sugerem que os cortes parecem ser a forma mais comum de violência autodirigida, ocorrendo em pelo menos 70% dos indivíduos que prejudicam a si mesmos, no entanto, a maioria dos indivíduos que se machucam usam mais de um método para se ferir.

Dettmer (2018) ressalta que os objetos predominantes nos episódios de autolesão, são as lâminas, facas e estiletes e que os cortes são os métodos que aparecem com maior frequência entre as pessoas que praticam autolesão. Portanto, os dados equivalentes aos participantes desta pesquisa corroboram com os dados apresentados na literatura estudada.

Sobre a região do corpo mais atingida, os participantes destacaram que os braços e as pernas (50%) e o punho e as mãos (38,1%) são as partes mais afetadas durante o comportamento de autolesão. Quanto a isso Richartz (2013) sugere que as pernas e braços são as regiões mais afetadas pelas lesões, mas que podem ocorrer em outras partes do corpo. Giusti (2013) destaca que as áreas mais comumente atingidas são braços, pernas e outras partes da área frontal do corpo por serem regiões onde não só o acesso é mais fácil, como também facilita que os ferimentos sejam escondidos usando mangas longas, calças e evitando trajes de banho. Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) destacam que os pulsos e antebraços são as regiões mais atingidas e as feridas são frequentemente escondidas ou não expostas.

Os cortes nas pernas e nos braços são as autolesões mais frequentes. Os arranhões na pele são habituais na face, braços, pernas e couro cabeludo, pela acessibilidade. Interferir na cicatrização de feridas, inserir objetos sob a pele, perfurar-se com agulhas são outros exemplos de autolesão (Stiglmayr *et al.*, 2005). Os organismos podem apresentar mais de um método de autolesão, no entanto, há sempre um método e um local do corpo privilegiado (Maltzberger & Lovett, 1992). Verificou-se, neste caso, que os dados relativos à população estudada confirmam o que apontam as teorias consultadas e consolidadas até o presente momento.

Dos participantes dessa pesquisa, quando questionados a respeito dos motivos pelos quais escondem a autolesão, 14,3% afirmaram esconder por vergonha, 21,4% para não serem julgados e 64,3% para não precisar explicar os motivos, ou seja, podemos observar que há dificuldade e imaturidade em lidar com os estímulos e eventos eversivos. Segundo a literatura as autolesões não são socialmente aceitas, por esta razão as pessoas que se envolvem nesse tipo de comportamento tentam esconder suas lesões, desse modo,

vestem peças de roupas que tapam os braços e as pernas e, tendencialmente, evitam piscinas e praias nas estações quentes (Favazza & Conterio, 1989).

Silva e Siqueira (2017) sugerem que os ferimentos ocasionados pela autolesão são frequentemente ocultados porque há um forte sentimento de vergonha despertado frente ao ato, sendo também, o motivo da escolha de regiões do corpo que possam ser facilmente escondidos por roupas ou acessórios. Mais uma vez, os resultados coincidem com os dados da literatura.

5.5 Fatores de Risco e Funções do Comportamento Autolesivo

Os dados sugerem que variáveis emocionais e aversivas antecederam o comportamento de autolesão. Por exemplo, foram identificados os seguintes percentuais de eventos aversivos antecedendo a ocorrência do comportamento de autolesão: 39,1% Tristeza, 100% medo, 33,3% ansiedade, 100% solidão (necessidade de pertencer a um grupo). É possível interpretar que as consequências do comportamento de autolesão incluíram a diminuição da estimulação dolorosa, e que elas podem ter funcionado como reforçadores. Essa interpretação é plausível a partir do que se sabe sobre o fenômeno do reforço negativo. Neste caso, os participantes engajaram-se neste comportamento como uma forma de remover ou amenizar esses estímulos aversivos (estimulação dolorosa), ou seja, o comportamento de autolesão foi negativamente reforçado. Logo, essa remoção aumentou a probabilidade de no futuro, a resposta de se autolesionar acontecer novamente.

De modo geral, independente dos estímulos aversivos antecedentes ao comportamento de autolesão dos participantes, observou-se que houve uma remoção desses estímulos logo após o comportamento, desse modo, Skinner (1974) enfatiza que

quando uma ação é quase sempre reforçada, diz-se que o indivíduo passa a ter uma sensação de confiança. O reforço frequente suscita a expectativa de consequências semelhantes no futuro. A pessoa se sente segura ou certa de que será bem sucedida. Experimenta uma sensação de poder, domínio, potência, um senso de onipotência. O reforço frequente origina e mantém o interesse por aquilo que a pessoa está fazendo.

Sarno, Madeddu e Gratz (2010) sugerem que a autolesão é considerada uma má adaptação ou uma estratégia para reduzir e/ou evitar estímulos aversivos avassaladores para o indivíduo. Fliege, Lee, Grim e Klapp (2009) acrescenta que pessoas que se envolvem em autolesão apresentam determinadas características, tais como: dificuldade em identificar, entender e/ou enfrentar eventos aversivos, menores recursos de enfrentamento, baixa autoestima, poucas habilidades para resolução de problemas, menor crença na auto eficácia e alta tendência de auto-culpabilização como forma de enfrentamento.

Ferreira (2016) averiguou a relação entre autolesão e experiências de adversidades precoces, que são circunstâncias de vida desestruturantes e prejudiciais ao bem estar emocional, psicossocial e biológico de uma pessoa. Dessa forma, o estudo em questão observou a relação desse comportamento não só com abuso físico, sexual, emocional, negligência, violência física e/ou psicológica, bullying, como também a altos índices de autocrítico, autoculpabilização, pessimismo, sintomatologia depressiva, transtorno de estresse pós-traumático, prejuízos no suporte social e na capacidade de regulação emocional. Constatou-se também uma correlação entre autocrítico e perfeccionismo, sendo que as pessoas que se envolvem no comportamento de autolesão tem um forte desejo de evitar expor ou admitir aos outros sobre falhas ou fracassos. Observou-se, ainda, uma preocupação com o julgamento externo e pensamentos negativos sobre si mesmo.

As autolesões são entendidas como um mecanismo desadaptado e destrutivo que funciona como um método facilitador da tolerância do estresse, que momentaneamente irá propiciar um alívio rápido sobre estímulos aversivos, como a raiva, sintomas de ansiedade e depressão, vivenciados como insuportáveis. Dessa forma, esse comportamento pode ter a função de lidar com os eventos aversivos e alcançar um equilíbrio psíquico para o indivíduo (Chapman, Gratz & Brown, 2006).

Guitana (2018) destaca que são vários os motivos e as funções identificados no comportamento de autolesão, tais como: fuga de situações vivenciadas como insuportáveis, chamar atenção, libertação da raiva, descarga de tensão, punição de si próprio, bloquear pensamentos e sentimentos, alívio de sentimentos como solidão e desespero, comunicar um pedido de ajuda, evitar um suicídio, bem como lidar com a despersonalização e a desrealização.

Suyemoto (1998) acrescenta que numa mesma pessoa, as autolesões podem representar vários motivos e ter várias funções. A partir dessa perspectiva, também é possível dizer que os dados do presente estudo corroboram os dados da literatura, sugerindo que o fenômeno é determinado por múltiplas causas (Skinner, 1974).

5.6 O papel do uso de álcool na ocorrência do comportamento de autolesão

O álcool é uma substância psicoativa lícita, de fácil acesso e baixo custo, sendo assim uma das drogas mais consumidas mundialmente. O consumo de álcool está associado com vários problemas sociais, mentais e de saúde, tanto em razão do consumo abusivo (embriaguez), quanto da dependência (alcoolismo). A embriaguez é considerada um forte condutor para os prejuízos causados pelo uso excessivo do álcool, isso porque prejudica o juízo crítico e o autocontrole e as pessoas tendem a perder a inibição,

tornando-se mais impulsivas, podendo chegar a autolesão e desencadear para comportamentos suicidas (Gonçalves, 2016).

O álcool é a droga psicoativa mais utilizada na maioria dos países, tanto para celebrações, como para o sofrimento, pois libera as inibições. A preferência pelo consumo de álcool é entendida pelos efeitos causados pela substância que, no início, é de bem estar, satisfação, serve como fonte de alívio de estresse, para relaxar e se divertir, no entanto, seu uso acarreta em consequências físicas, mentais e sociais, podendo causar muitos danos nas esferas sociais e individuais. Depois do tabaco, é a segunda maior causa de mortes relacionadas às drogas, sendo, portanto, considerado um sério problema de saúde pública (Rozin & Zagonel, 2012).

Na amostra estudada, observou-se que não houve uma associação significativa entre o abuso de álcool ou drogas e os incidentes de autolesão, pois a maior porcentagem dos participantes que praticaram autolesão não estavam sob efeito de álcool ou drogas durante o ato (92,9%). No entanto, ao investigarmos a correlação entre os relatos de dor ou ausência de dor durante o episódio de autolesão, percebeu-se que aqueles que estavam sob efeito álcool ou drogas foram menos sensíveis a dor, ou seja, relataram sentir pouca dor (33,3%) ou nenhuma dor durante a autolesão (66,7%), enquanto que aqueles que não estavam sob efeito dessas substâncias 17,9% sentiram uma dor moderada, 46,2% sentiram pouca dor e 35,9% não sentiram dor, portanto, sugere-se que essas substâncias podem dessensibilizar as pessoas à dor, podendo aumentar tanto o consumo como a prática da autolesão quando estiverem sob efeito dessas substâncias.

Giusti (2013) ressalta que aquelas pessoas que fazem uso de álcool ou drogas são mais vulneráveis ao comportamento de autolesão e que a própria ingestão de álcool, drogas ou medicações de forma excessiva também pode ser entendida como uma agressão ao próprio corpo e poderia, portanto, ser vista como uma forma de autolesão.

Sendo assim, novamente os dados desta pesquisa corroboram com a literatura já apresentada anteriormente.

O consumo excessivo de álcool, a dependência alcoólica e o abuso de outros tipos de drogas lícitas ou ilícitas estão também intimamente ligados a tentativas ou consumação de suicídios (Gonçalves, Ponce & Leyton, 2015). “Há indicações de que o consumo de álcool seria capaz de transformar uma ideação suicida em ação, de forma que o consumo imediatamente antes do ato pode ser o fator desencadeante do evento fatal” (Gonçalves, Ponce & Leyton, p.11, 2015).

De acordo com Borges e Rosovsky (1996) quanto maior o consumo de álcool, maior é a prevalência de comportamentos suicidas, sendo assim, o alcoolismo crônico está bastante relacionado ao suicídio. Sher (2006) sugere que os alcoólatras têm de 60 a 120 vezes mais probabilidade de cometerem suicídio do que a população abstêmia.

5.7 Autolesão e a ideação suicida

Suicídio refere-se a todas as causas de morte desencadeadas por uma ação da própria vítima contra si mesma, sendo esta ciente do resultado. Tornou-se uma questão de saúde pública e umas das principais causas de morte violenta em todo o mundo (Gonçalves, Ponce & Leyton, 2015).

O comportamento suicida se caracteriza pela intenção consciente de tirar a própria vida. Já os fenômenos não suicida englobam ameaça de suicídio, mas sem intenção de fazê-lo, pensamentos de ferir a si mesmo e a autolesão, com dano físico, mas sem intenção de dar fim a vida (Nock, 2010). No entanto, vale ressaltar que pessoas com histórico de autolesão compõem um grupo de risco de particular importância para a prevenção do suicídio, pois o comportamento autolesivo está presente em pelo menos

40% dos suicídios. Desse modo, é importante considerar que o monitoramento da autolesão ajuda a identificar aspectos de comportamentos relevantes para a prevenção do suicídio (Hawton *et al.*, 2015). Portanto, apesar de funcionalmente não ser acompanhada da intenção de autoextermínio, a autolesão surge como um fator preditor para o comportamento suicida (Toro, Nucci, Toledo, Oliveira, & Prebianchi, 2013).

Na amostra estudada, quando relacionamos a autolesão com o pensamento suicida, percebe-se que para aqueles participantes que já tentaram suicídio e necessitaram de intervenção médica, 36,4% deles já praticaram autolesão, enquanto que aqueles que nunca se envolveram em autolesão também nunca se envolveram em tentativas de suicídio com necessidade de intervenção médica. E dos participantes que ressaltaram nunca ter se envolvido em autolesão 22,2% nunca pensaram em suicídio, enquanto que aqueles que já se envolveram com autolesão apenas 6,1% nunca pensaram em tirar a própria vida, ou seja, o comportamento de autolesão caracteriza-se como um importante fator de risco para o comportamento suicida.

A autolesão está tipicamente associada ao sofrimento psíquico e geralmente não tem uma intenção consciente de suicídio, entretanto, esse comportamento pode aumentar o risco de tentativas de suicídio. A autolesão funciona, geralmente, para remover, temporariamente, estímulos aversivos, trazendo sentimentos de calma e alívio. Este comportamento difere dos comportamentos suicidas de diversas maneiras. Uma das diferenças é que os ferimentos causados por autolesões são menos profundos do que os comportamentos suicidas e os métodos também são diferentes, resultando em danos corporais menos graves do ponto de vista médico. Além disso, a maioria das pessoas que se envolvem em autolesão não querem acabar com a vida, mas com o sofrimento (Klonsky; Victor & Saffer, 2014).

Klonsky, Victor e Saffer (2014) ressaltam também, que para se envolver em tentativas de suicídio as pessoas devem possuir não só o desejo de suicídio, como também a capacidade de agir de acordo com esse desejo. De modo geral, as pessoas temem e procuram evitar dores e lesões, principalmente aquelas que podem resultar em morte, Portanto, adquirir a capacidade de suicídio implica em superar a dor e o medo associados à realização do ato suicida. Nesse contexto, a autolesão pode representar um importante fator de risco, pois além de estar associada a um intenso sofrimento, que por si só já aumenta a ideação ou desejo suicida, ainda dessensibiliza as pessoas as dores causadas por estes comportamentos, aumentando a capacidade de agir com base no desejo de tentar suicídio. Dados como esses coincidem com os encontrados no presente estudo.

Chaves, Tardivo, Junior e Rosa (2019) destacam que as ideações e tentativas de suicídio estão intrínsecas ao comportamento autolesivo. A autolesão pode funcionar como preditor e potencializador de ímpetos suicidas, especialmente, quando a autolesão se torna recorrente, sendo, portanto, necessária urgente atenção aos indivíduos que se envolvem nesse comportamento, com o intuito de prevenir demais complicações, como a substituição desse comportamento por outro de risco como o suicídio propriamente dito.

As autolesões surgem num contexto de dificuldade de autogerenciamento de variáveis emocionais, bem como em lidar com situações indutoras de estresse, mas sem intenção de morrer. Entretanto, existem indivíduos, com história prévia de autolesão, que referem um sentimento de ambivalência em relação à ideação suicida durante os episódios de autolesão, assim como outros que apresentam, concomitantemente, as autolesões e tentativas de suicídio (Ridolfi, 2002). Essas situações podem dificultar a avaliação da presença de ideação suicida no comportamento de autolesão, contudo, é fato que o risco de suicídio em pessoas que apresentam comportamento autolesivo recorrente

é elevado quando associado à depressão, culpa, desespero, elevado consumo de substâncias e ideação suicida com plano de execução (Adam, 1985).

5.8 Limitações da pesquisa

Uma das principais limitações desta pesquisa refere-se ao contexto em que ela foi desenvolvida, ou seja, durante a Pandemia de Covid-19. De acordo com as medidas sanitárias estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, a necessidade de afastamento e isolamento social foi uma medida de extrema necessidade para controlar a propagação de contágios dessa nova doença, ainda desconhecida pela comunidade científica. Por essa razão a proposta desta pesquisa precisou ser alterada de forma que não houvesse contato com os participantes, sendo assim, necessitou-se realizar um estudo com indivíduos anônimos, ou seja, sem nenhuma identificação, bem como nenhum contato da pesquisadora com os participantes.

Sobre os resultados desse estudo, existem limitações a serem consideradas, tais como: por se tratar de uma pesquisa 100% virtual, com participantes anônimos e sem contato com a pesquisadora, algumas respostas não puderam ser esclarecidas e dificultaram a interpretação dos dados. Deste modo, algumas respostas necessitaram ser excluídas dos dados, por não haver compatibilidade com os critérios pré-estabelecidos para seleção dos participantes, por exemplo, os participantes menores de idade, bem como um participante que respondeu ter 75.647.336 anos, foi excluído por não ser possível averiguar sua verdadeira idade, sendo arriscado o mesmo ser menor de 18 anos.

Outra limitação importante esteve relacionada àqueles participantes que declararam não saber o que é autolesão, pois desta forma, não foi possível prestar esclarecimentos sobre o conceito do fenômeno, bem como esclarecer demais dúvidas dos

participantes que se voluntariaram a responder o questionário. Além disso, algumas perguntas do questionário tinha a opção “Outros”, por exemplo, se engajou em “outros” comportamentos de autolesão no último ano, utilizaram “outros” objetos na prática de autolesão e escolheram a opção “outros” para identificar os motivos pelos quais praticaram autolesão pela primeira vez, ficando desta forma uma lacuna na análise dos dados, não sabendo ao certo quais foram esses outros comportamentos, motivos e objetos escolhidos. Limitação está que numa pesquisa presencial com os participantes seria possível esclarecer e identificar e desse modo compreender melhor o comportamento.

Também podem ter ocorrido erros de digitação, falta de compreensão da questão ou alguma outra dificuldade por parte do participante, por exemplo, na questão em que se referia à idade de início da prática de autolesão. Um dos dados que não foram considerados diz respeito ao do participante que respondeu ter zero anos quando se feriu intencionalmente pela primeira vez. No entanto, ocorreram apenas dois erros desse tipo, caracterizados possivelmente por erros de digitação. Outras limitações podem ter surgido durante a realização da pesquisa, tais como: dificuldade de acesso à internet para acessar ao questionário, dificuldade na divulgação do mesmo, bem como outras limitações que estejam fora do conhecimento da pesquisadora.

6 Considerações Finais

Tecendo as considerações finais sobre este estudo, cabe lembrar que este aconteceu no contexto da Pandemia de Covid-19, sendo, portanto, uma pesquisa de opinião pública, sem identificação dos respondentes e sem contato da pesquisadora com os participantes. O objetivo principal desta pesquisa foi fazer um levantamento para identificar as possíveis correlações entre as características do comportamento de autolesão e situações que influenciaram na sua ocorrência e/ou gravidade.

A pandemia trouxe consigo importantes impactos para a saúde física e mental de toda a sociedade. O comportamento de autolesão que já vinha aumentando, consideravelmente, a proporção de novos casos antes da pandemia, neste contexto, tem a probabilidade de aumentar ainda mais o número de novos casos, haja visto, que toda a população ficou mais vulnerável aos eventos aversivos.

A autolesão foi uma resposta aos eventos aversivos que a estimularam. Essa resposta provocou uma redução desses estímulos aversivos, que por sua vez, aumentou a probabilidade de o indivíduo vir a se autolesionar novamente no futuro, haja visto, que a remoção de estímulos aversivos funcionaram como reforçador negativo para o comportamento, ou seja, a retirada de situações desagradáveis do ambiente provoca uma maior chance do indivíduo se lesionar novamente. A autolesão por si só já é considerada um fator de risco para o suicídio. E associada ao uso de substâncias lícitas e ilícitas mostrou-se um fator de risco ainda maior para o suicídio.

Concluimos enfatizando que há uma necessidade de novas pesquisas sobre a temática de autolesão. O tema é bastante complexo e a sua relevância social é facilmente compreendida. Infelizmente, a sua ocorrência é crescente em nossa sociedade. Sendo assim, é importante que se realize novas pesquisas buscando-se uma melhor

caracterização do fenômeno nos mais diversos contextos, inclusive na pandemia do COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, K. (1985). Self-destructive behavior. *Psychiatric Clinics of North America*; 8(2), (pp.183-201).
- Aló, R. M. (2005). História de Reforçamento. In: J. A. Rodrigues & M. R. Ribeiro, *Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação* (pp. 45-62) Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre, RS, Artmed.
- Aratanga, E. W. (2017). *Como lidar com a automutilação*. Hogrefe.
- Barbosa, F. M., Gambi, L. N. & Gerolamo, M. C. (2017). Liderança e gestão da qualidade – um estudo correlacional entre estilos de liderança e princípios da gestão da qualidade. *Gestão & Produção*, 24(3), (pp 438-449). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-530X2278-16>.
- Borges, C. N. L. O. (2012). *À flor da pele: algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão*. (Dissertação de Mestrado). ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, Portugal
- Borges, G. & Rosovsky, H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*; 57(5) (pp 543-548). doi: <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1996.57.543>
- Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal Orthopsychiatry*, 68(4) (pp 609–620). doi: 10.1037/h0080369.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 27(2), (pp 208-214).

- Brown, M. (2001). The behavioral treatment of self-mutilation. Self-mutilation, treatment & research symposium. *XVI Congresso of the World Association for Social Psychiatry*, Vancouver, B. C., Canada. JanMar/att-0235/DBT.
- Brooks, F., Magnusson, J., Klemnera, E., Chester, K., Spencer, N. & Smeeton, N. (2015). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): World Health Organization Collaborative cross national study (HBSC England National Report). *Hatfield: University of Hertfordshire*. Recuperado de <http://www.hbscengland.com/wp-content/uploads/2015/10/National-Report-2015.pdf>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, (pp 912-920). doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Caballo, V. E. (2018). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. Santos.
- Cameschi, C. E. & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. In J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro, *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria, e aplicação*. (pp. 113-137) Artmed.
- Cedaro, J. J. & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e gozo: Relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), (pp. 203-223). doi: [10.1590/S0103-65642013000200002](https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200002).
- Ceppi, B. & Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 38(6) (pp.247-253). doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600006>.

- Chapman, A. L., Gratz, K. L. & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research Therapy*, 44(3) (pp. 371-394). doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>.
- Chaves, G., Tardivo, L. S. L. P. C., Junior, A. A. P. & Rosa, H. R. (2019). O comportamento autolesivo na adolescência: revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*, 13(1-2) (pp.54-67). doi: 10.33947/1982-3282-v13n1-2-3861.
- Claes, L. & Muehlenkamp, J. J. (2014). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancement in etiology and treatment*. Springer.
- Costa, S. E. G. C. & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. *Revista Estudos de Psicologia (PUCC)*, 19(3) (pp. 43-54). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2002000300005>.
- Dettmer, S. E. S. (2018). *Cutting: uma caracterização do fenômeno em escolas de Dourados (MS)* (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD, Dourados, MS, Brasil).
- Duque, A. F. & Neves, P. G. (2004). Automutilação em Meio Prisional: Avaliação das Perturbações da Personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2) (pp. 215-227).
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P. & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, 37 (pp. 1-14). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- Favazza A. R. & Conterio K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), (pp. 283–289). doi: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x.
- Ferreira, S. F. S. M. (2016). *Comportamentos autolesivos sem intenção suicida na adolescência: papel das experiências de adversidade precoce*. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra. Portugal.

- Fliege, H., Lee, J. R., Grim, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, (pp. 477-493). doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.10.013.
- Freitas, H., Oliveira, M., Saccol, A. Z. & Moscarola, J. (2000). O Método de Pesquisa Survey. *Revista de Administração*, 35(3) (pp. 105-112).
- Fonseca, P. H. N., Silva, A. C., Araújo, L. M. C. & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; 70(3) (pp. 246-258).
- Fortes, I. & Macedo, M.M. K. (2017). Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38) (pp. 353-367). doi: <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: Características Clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. (Tese de Doutorado) Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Gonçalves, R. E. M. (2016). *Consumo de álcool por vítimas de suicídio na cidade de São Paulo*. (Dissertação de mestrado) Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Gonçalves, E. M. G., Ponce, J. C. & Leyton, V. (2015). Uso de álcool e suicídio. *Saúde, Ética & Justiça*; 20(1) (pp. 9-14). doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v20i1p9-14>.
- Gotti, E. S., Argondizzi, J. G. F., Fazolino, N. E. L., Santos, M. D., Silva, J. L., Oliveira, E. A. & Banaco, R. A. (2020). Ativação em casa: princípios de ativação comportamental para minimização dos efeitos do isolamento social. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento / Brazilian Journal Of Behavior Analysis*, 16(1), (pp.41-49). doi: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.9096>.

- Gratz, K. L., Conrad, s. D. & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal Orthopsychiatry*, 72(1) (pp. 128-140). doi: 10.1037//0002-9432.72.1.128.
- Guerreiro, D. F. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 31(2) (pp.204–213). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>.
- Guerreiro, D. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. (Tese de Doutoramento) Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Guitana, C. M. J. A. (2018). *Comportamento autolesivo na personalidade borderline*. (Tese de Doutoramento) Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K. & Ness, J. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175 (pp.147-151). doi: <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Kim, M. Y. & Yu, J. (2017). Factors Contributing to Non-suicidal Self Injury in korean adolescents. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* 28(3), (pp. 271-279). doi: <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.3.271>.
- Klonsky, E. D., Victor S. E. & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11) (pp. 565–568). doi: 10.1177/070674371405901101.
- Klonsky, E. D, May, A. M. & Glenn, C. R. (2014). Self-harm and Suicide. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1) (pp. 231-237).

- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*; 160(8) (pp. 1501–1508). doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9) (pp. 1981-1986). doi: 10.1017/S00332917110002497.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), (pp. 1183-1192). doi: <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>.
- Lourenço, V.S.G. (2008). *Para Uma Compreensão dos Comportamentos de Automutilação*. (Dissertação de Mestrado) ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, Portugal.
- Machado, P. V., Silvano, M. B. & Hutz, C. S. (2015). Estudo exploratório sobre critérios de veracidade em relatos de eventos de vida: considerações para a perícia psicológica criminal de adultos. *Aletheia*, 47(48) (pp. 35-50).
- Maltsberger, J. T. & Lovett, C. G. (1992). Suicide in borderline personality disorder. In: D. Silver & M. Rosenblut. *Handbook of borderline disorders*. Madison: Connecticut (pp.335-387).
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas.

- Marçal, J. V. S. (2010). Behaviorismo Radical e Prática Clínica. In: A. K. C. R. Farias *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de casos*. (pp. 30-48) Artmed.
- Menezes, C. N. B., Macedo, B. B. D. & Viana, C. K. S. (2014). A dor de ser Borderline: Revisão Bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental. *Revista de Humanidades*, 29(2) (pp. 267-287). doi: <https://doi.org/10.5020/23180714.2014.29.2.267-287>.
- Ministério da Saúde (2021). *Covid-19: Painel Coronavírus*. Ministério da Saúde, <https://covid.saude.gov.br/>.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. Artmed.
- Neto, C. H. A. (2019). *Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida*. (Tese de Doutorado) Universidade de Brasília, UNB, Brasília, DF, Brasil.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (pp. 339-363). doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5) (pp. 885-890). doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4) (pp. 509-521).
- Pietrzak, J., Downey, G. & Ayduk, O. (2005). Rejection sensitivity as an interpersonal vulnerability. In: M. Baldwin. *Interpersonal cognition*. Guilford Press, (pp. 62-84).

- Reis, M. N. (2018). O Encontro entre o Real do Sofrimento e o Sofrimento Real. *Polêm!ca*, 18(1), (pp. 50-67). doi: <https://doi.org/10.12957/polemica.2018.36069>
- Reis, M., Figueira, I., Ramiro, L. & Matos, M. G. (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In M. G. M. G Tomé. *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. LDA, (pp. 259-276) .
- Richartz, M. (2013). *Comportamentos Autolesivos da Pele e Seus Anexos: Definição, Avaliação Comportamental e Intervenção*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Londrina, UEL, Londrina, PR, Brasil.
- Ridolfi, M. E. (2002). Self-harm behaviour in borderline personality disorder: A review of the literature. *Symposium conducted at 5th ISSPD European Congress on Personality Disorders in conjunction with the 3th International Congress of Theory of Personality Disorders*. Munich.
- Rodrigues, J. A. & Ribeiro, M. R. (2005). *Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação*. Artmed.
- Rodrigues, J. R. (2015). *Funcionamento familiar e percepção de rejeição paterna: influência na ocorrência de comportamentos autolesivos na adolescência*. (Dissertação de Mestrado) ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, Portugal.
- Romaro, R. (2017). autoagressão na infância e na adolescência. *X Encontro de Saúde Mental e Educação: o espaço do professor – Na mesa redonda: Autoagressão: significados e sua presença na escola*. Laboratório de Saúde Mental Coletiva – LASAMEC, Faculdade de Saúde Pública da USP.
- Romero-Canyas, R. & Downey, G. (2005). Rejection sensitivity as a predictor of affective and behavioral responses to interpersonal stress: A defensive

- motivational system. In: D. W. Kipling, J. P. Forgas & W. Hippel. *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection, and bullying*. Psychology Press; (pp. 131-154).
- Rosenthal, P. A., & Rosenthal, S. (1984). Suicidal behavior by preschool children. *The American Journal of Psychiatry*, 141(4) (pp. 520–525).
<https://doi.org/10.1176/ajp.141.4.520>.
- Rozin, L. & Zagonel, I. P. S. (2012). Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2). doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200025>.
- Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R., & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12(1), (pp. 151-164).
- Santos, A. A., Barros, D. R., Lima, B. M. & Brasileiro, T. C. (2018). Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. *Temas em Saúde*, 18(3) (pp. 120-147). doi: 10.29327/213319.18.3-8.
- Sarno, F., Madeddu, K. L. & Gratz, K. L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, 25, (pp. 136-145). doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.05.007.
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(1), (pp.13-22). doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00643.x>.
- Silva, A. C. & Botti, N. C. L. (2017). Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), (pp. 67-76). doi: 10.19131/rpesm.0194.

- Silva, M. F. A. & Siqueira, A. C. (2017). O perfil de adolescentes com comportamento de autolesão identificados nas escolas estaduais de Rolim de Moura – RO. *Revista FAROL*, 3(3) (pp. 5-20).
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R. & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149(2), (pp. 221-226). doi: 10.1176/ajp.149.2.221.
- Simioni, A. R. (2017). *Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. The Free Press.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis*. Prentice-Hall, Inc.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Apleton-Century Crofts.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J. & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5) (pp. 372-379). doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00466.x.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5) (pp. 531-554). doi: 10.1016/s0272-7358(97)00105-0.
- Tibério, S. F., Mizael, T. M., Luiz, F. B., Rocha, C. A. A., Araújo, S. A., Santos, A. M., Terhoch, G. B., Guarnieri, L. P., Júnior, A. R. F. & Hunziker, M. H. L. (2020). A natureza comportamental da pandemia de covid-19. *Revista Brasileira de Análise Do Comportamento / Brazilian Journal Of Behavior Analysis*, 16(1) (pp. 57-70). doi: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v16i1.9098>.

- Toro, G. V. R., Nucci, N. A. G., Toledo, T. B. T., Oliveira, A. E. G., & Prebianchi, H. B. (2013). O desejo de partir: Um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, 19(3) (pp. 407-421). <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p407>.
- Tourinho, E. Z. (2010). *Análise do Comportamento – investigações históricas, conceituais e aplicadas*. Roca.
- Velasco, S. M., Garcia Mijares, M. & Tomanari, G. Y. (2010). Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Análise Experimental do Comportamento. *Psicologia em Pesquisa* 4 (2) (pp. 150-155).
- Vieira, M. G., Pires, M. H. R. & Pires, O. C. (2016). Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*, 17(4) (257-260).
Doi: 10.5935/1806-0013.20160084.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário



Questionário

Aviso - Se você tem mais do que 18 anos, é responsável legal, já praticou autolesão e está em atendimento psicoterapêutico regular, você PODE participar da presente pesquisa. As demais pessoas não estão autorizadas a participar da pesquisa e, portanto, a preencher o questionário que ora se apresenta.

*Obrigatório

Título do estudo: Investigando o fenômeno de autolesão por meio de surveys anônimos em redes sociais em pessoas acima de 18 anos e em atendimento psicológico durante a pandemia do COVID-19.

Prezado/a

Você está sendo convidado a responder o questionário a seguir, cujo objetivo é identificar possíveis características do comportamento de autolesão e situações que podem influenciar sua ocorrência e/ou gravidade. O desenvolvimento desta pesquisa ocorre durante o contexto da pandemia do COVID-19. As questões não tratam da sua identificação. O questionário é absolutamente anônimo e preserva a sua privacidade. Os dados serão considerados em conjunto, e não em sua individualidade. Caso você OPTE por responder ao questionário, estará colaborando com o desenvolvimento de ações que minimizem os danos psicológicos do fenômeno relacionado.

Considerações éticas:

A presente pesquisa configura-se como:

- 1 – Pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;
- 2 – Pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual. Por essa razão, não é registrada e nem avaliada pelo sistema CEP/CONEP (Res. CNS 510/2016).

Caso tenha alguma dúvida, sugestão ou solicitação para mais informações:
E-mail: elenicepsantos@hotmail.com

Tenho mais do que 18 anos, sou responsável legal, já pratiquei autolesão e estou em atendimento psicoterapêutico regular, além de concordar em participar desta pesquisa de forma absolutamente voluntária.

*

Sim

Sexo *

- Masculino
 Feminino

1 - Qual a sua idade (em números)? *

2 - Com quem você mora? *

- Sozinho(a)
 Com meus pais e irmãos
 Com companheiro(a)
 Com amigos
 Com filhos

3 - Qual seu grau de escolaridade? *

- Ensino Fundamental
 Ensino Médio

Ensino Superior (Completo ou cursando)

4 - Você sabe o que é Autolesão? *

- Sim
 Não

5 - Você já se envolveu em algum evento de autolesão em algum momento da vida? *

- Sim
 Não

6 - Nesse último ano você se engajou em alguns desses comportamentos? *

- Cortou ou arranhou sua própria pele
 Bateu, queimou ou mordeu você mesmo intencionalmente
 Cutucou ou beliscou alguma região do seu corpo até sangrar
 Outros
 Nenhum

7 - Você consome alguma bebida alcoólica? *

- Socialmente
 Não
 Até 3 vezes na semana
 Todos os dias

8 - Quando praticou alguns desses comportamentos, você estava sob efeito de álcool ou drogas? *

- Sim
 Não

9 - Você sentiu dor quando se machucou? *

- Senti pouca dor
 Senti uma dor moderada
 Senti muita dor
 Não senti dor

10 - Quando você se machucou foi por alguns dos motivos abaixo? *

- Para evitar ter que fazer algo indesejado (ir à escola, trabalho ou outras atividades)
 Para chamar atenção, parecer com alguém ou pertencer a um grupo
 Para não ser punido ou assumir responsabilidades
 Para aliviar sensações ruins, angústia, para relaxar
 Nenhuma das opções listadas acima

11 - Com que frequência pratica autolesão? *

- Uma vez à cada 30 dias
 À cada 15 dias
 Até 03 vezes na semana
 Todos os dias

12 - Como se sentiu no mês passado? *

- Triste, desanimado(a), pessimista
- Irritado(a); Choro mais do que o habitual
- Não consigo dormir bem, cansado(a)
- Perdi o interesse pelas pessoas ou por atividades que antes gostava de fazer
- Nenhuma das opções acima

13 – Você se identifica com algumas das descrições à seguir? *

- Não consigo relaxar
- Medo; assustado(a)
- Tremores nas pernas, mãos, sensação de tremor por dentro
- Aceleração no coração e dificuldade para respirar
- Nenhuma das opções acima

14 – Você já pensou em suicídio? *

- Nunca pensei em suicídio
- Já pensei em suicídio algumas vezes
- Já tentei suicídio, mas não houve necessidade de intervenção médica
- Já tentei suicídio, sendo necessário intervenção médica

15 – Qual a sua idade quando praticou autolesão pela primeira vez (em números)? *

16 – Quando você se machucou o que estava sentindo? *

- Tristeza
- Medo
- Ansiedade
- Culpa
- Para pertencer a um grupo ou porque meus amigos fazem

17 – O que você sentiu depois que se machucou? *

- Alívio
- Prazer
- Tristeza
- Culpa
- Raiva

18 – Quando você se machucou com quem você estava? *

- Sozinho(a)
- Com a família
- Com amigos

19 – Quando se machucou onde você estava? *

- Em casa
- Na escola/faculdade
- Na casa de amigos

20 – Em que momento do dia você costuma se machucar? *

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Madrugada
- Não tem momento específico

21 – Quais objetos você usou para se machucar? *

- Faca, tesoura, lâmina ou estilete
- Unhas
- Vidros
- Canetas e grampos
- Outros

22 – Qual região do seu corpo foi mais machucada durante os eventos de autolesão? *

- Braços e Pernas
- Rosto, Pescoço e Tronco
- Punho e Mãos
- O corpo todo

23 – Para considerar a autolesão satisfatória você precisa de algum comemorativo? *

- Ver sair sangue
- Não ser visto
- Ser visto por alguém
- Perder pele
- Nenhuma das opções

24 – Você costuma esconder os machucados ocasionados pela autolesão? *

- Sim
- Não

25 – Porque você esconde os machucados? *

- Vergonha
- Culpa
- Para não ser julgado
- Para não precisar explicar os motivos

26 – Quando alguém descobre que você se machucou o que as pessoas comentam? *

- Acham que é frescura
- Entendem e tentam ajudar
- Não sabem o que fazer
- Ficam com medo e se afastam
- Fazem julgamentos

27 – Como você considera o ambiente na sua casa? *

- Tranquilo
- Amigável
- Hostil/Tenso

Insuportável

28 – O que levou você a se machucar pela primeira vez? *

- Separação dos pais
- Falecimento de um familiar ou amigo
- Briga com amigos
- Conflitos Familiares
- Outros

29 – Você contou para alguém que se autolesionou? *

- Ninguém
- Amigos
- Pais
- Professores
- Namorado(a)/ Companheiro(a)

Obrigada pela sua participação!

ANEXOS

Anexo A - Edital de Resultados Preliminares de Chamada de Propostas e Projetos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
 BOLETIM DE SERVIÇOS

Boletim Oficial de Atos Administrativos

N. 4150

Data: 15/06/2020

4. EDITAL

4.1. REITORIA

EDITAL NÚMERO 10 de 15/06/2020

EDITAL COE N.º 10, DE 15 DE JUNHO DE 2020

RESULTADO PRELIMINAR DO PRIMEIRO PERÍODO DA CHAMADA DE PROPOSTAS DE PROJETOS E AÇÕES DE ENSINO, PESQUISA, INOVAÇÃO E EXTENSÃO PARA O COMBATE AO COVID-19 SEM ÔNUS

O Comitê Operativo de Emergência (COE) de combate ao Coronavírus (COVID-19) da Universidade Federal da Grande Dourados, criado conforme a Portaria n.º 190 de 12 de março de 2020 da Reitoria/UFGD, em conjunto com as Pró-Reitorias de Ensino de Graduação (PROGRAD), de Ensino de Pós-graduação e Pesquisa (PROPP) e de Extensão e Cultura (PROEX) e observando o disposto na Lei n.º 13.243, de 11 de janeiro de 2016, **torna público o resultado preliminar do primeiro período de inscrições (1º a 10 de junho de 2020) do EDITAL COE N.º 09, DE 1º DE JUNHO DE 2020 - CHAMADA DE PROPOSTAS DE PROJETOS E AÇÕES DE ENSINO, PESQUISA, INOVAÇÃO E EXTENSÃO PARA O COMBATE AO COVID-19 SEM ÔNUS, e RESOLVE:**

1. Na forma do Anexo I, divulgar a situação das propostas inscritas no período de 1º a 10 de junho de 2020;
2. Informar que as ressalvas às propostas, quando houverem, serão enviadas por e-mail aos coordenadores, para correções até dia 18 de junho de 2020;
3. Informar que eventuais recursos deverão ser interpostos no prazo previsto no Edital COE n.º 09, de 1º de junho de 2020, ou seja, até 17 de junho de 2020, por meio do envio do formulário para interposição de recurso disponível no Anexo II, em PDF, exclusivamente para o e-mail coex@ufgd.edu.br. Não serão aceitos recursos interpostos por outra pessoa que não o proponente, nem por outro meio que não seja o envio para o e-mail anteriormente informado.

Dourados-MS, 15 de junho de 2020.

UFGD - Unidade I - Rua João Rosa Góes, 1761 Vila Progresso - Caixa Postal 322 - CEP: 79.825-70 Dourados/MS -
 Telefone:(67) 3410-2002

UFGD - Unidade II - Rodovia Dourados - Itahum, Km12 Cidade Universitária - Caixa Postal 533 - CEP: 79.804-970
 Dourados/MS - Telefone: (67) 3410-2500



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
BOLETIM DE SERVIÇOS

Boletim Oficial de Atos Administrativos

N. 4150

Data: 15/06/2020

Prof.ª Mirlene Ferreira Macedo Damázio

Coordenadora do COE/UFGD

ANEXO I - PROPOSTAS CADASTRADAS

EDITAL COE N.º 10, DE 15 DE JUNHO DE 2020

RESULTADO PRELIMINAR DO PRIMEIRO PERÍODO DACHAMADA DE PROPOSTAS DE PROJETOS E AÇÕES DE ENSINO, PESQUISA, INOVAÇÃO E EXTENSÃO PARA O COMBATE AO COVID-19 SEM ÔNUS

Título da Proposta	Proponente	Unidade	Previsão de orçamento UFGD
Educação Física, Saúde e Qualidade de Vida em tempos de pandemia	Cássia Cristina Furlan	FAED	Aprovada com ressalvas
Ciclo de palestras on-line promovido pelos cursos em Química – FACET	Elisangela Matias Miranda	FACET	Aprovada com ressalvas
Ciclo de capacitações em pesquisa	Cibele Andrade Nogueira	Gab. Reitoria	Aprovada com ressalvas
Investigando o fenômeno de autolesão por meio de surveys anônimos em redes sociais em pessoas acima de 18 anos e em atendimento psicológico durante a pandemia do COVID-19	Elenice Peixoto da Costa dos Santos	FCH	Aprovada
Observatório das “novas normalidades” no contexto da pandemia da COVID-19	Jennifer Simpson dos Santos	FCH	Aprovada

UFGD - **Unidade I** - Rua João Rosa Góes, 1761 Vila Progresso - Caixa Postal 322 - CEP: 79.825-70 Dourados/MS - Telefone:(67) 3410-2002

UFGD - **Unidade II** - Rodovia Dourados - Itahum, Km12 Cidade Universitária - Caixa Postal 533 - CEP: 79.804-970 Dourados/MS - Telefone: (67) 3410-2500