



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THAISA QUIXADÁ FONTENELE

**PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES ESCOLARES:
INTERVENÇÃO EDUCATIVA HÍBRIDA MEDIADA PELO CÍRCULO DE
CULTURA**

SOBRAL – CE

2023

THAISA QUIXADÁ FONTENELE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como requisito para obtenção de título grau mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joyce Mazza Aragão Nunes.

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Regis Menezes Sousa.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

SOBRAL – CE

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Fontenele, Thaisa Quixadá

Prevenção da automutilação em adolescentes escolares:
intervenção educativa híbrida mediada pelo círculo de cultura.:
Prevenção da automutilação em adolescentes escolares:
intervenção educativa híbrida mediada pelo círculo de cultura.
[recurso eletrônico] / Thaisa Quixadá Fontenele. -- Sobral, 2023.
1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho
acadêmico com 166 folhas.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Joyce Mazza Aragão Nunes.

Co-Orientação: Prof. Dr. Paulo Regis Menezes Sousa..

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) -
Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da
Saúde

1. Adolescência. 2. Automutilação. 3. Tecnologia digital de
informação e comunicação. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

THAISA QUIXADÁ FONTENELE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), como requisito para obtenção de título grau mestre.

Aprovado em 13 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Joyce Mazza Nunes Aragão

Orientadora – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof^a. Dr^a. Fabiane do Amaral Gubert

Universidade Federal do Ceará - UFC (Membro Titular)

Prof.^a Dr.^a Eliany Nazaré Oliveira

Universidade Estadual Vale do Acaraú -UVA (Membro Titular)

Prof^a. Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Universidade Estadual Vale do Acaraú -UVA (Membro Suplente)

DEDICATÓRIA

Ao Thiago, companheiro de vida.
Ao João, por me ensinar todo dia sobre o amor
e capacidade de amar.
Aos adolescentes que me acolheram e
confiaram no meu trabalho.
À Denise Silva, porque ela vive!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Ao Thiago, por sempre acreditar em mim, pelo apoio diário, pela paciência e abraço apertado durante todo percurso. Por ser companheiro de vida e sonhos. Eu não chegaria aqui sem você.

Ao meu filho João por ajudar na construção da pesquisa, perdoar minhas ausências, ser ânimo nas minhas tristezas e ser sempre fonte de inspiração para eu querer ser melhor a cada dia. E por me apresentar a adolescência em toda sua essência e plenitude.

Aos meus pais, Marta e Tadeu, por todo esforço para proporcionar a mim e aos meus irmãos um ensino de qualidade, por me apoiar sempre nos momentos de maiores dificuldades e por entenderem minhas ausências nesses tempos de escrita.

A minha irmã, Ticiane Quixadá que sempre está ao meu lado, apoiando meus sonhos e acreditando muito no meu potencial. A minha pessoa.

Ao meu irmão/cunhado de vida, Ricardo, grande incentivador em todo o processo de conquista dessa realização. Agradeço imensamente a benção que é ter você na minha vida.

A minha irmã de alma Jéssica, que tanto segurou minha mão e não me deixou desistir. O tom mais forte da minha cor favorita.

Ao meu irmão Adriano por sempre ser leveza e alegria nos meus dias.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Joyce Mazza Nunes Aragão, pela compreensão, aprendizado e paciência. Você é exemplo de profissional, por tanta dedicação e muito especial pelo exemplo de leveza.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Paulo Regis Menezes Sousa, que, com muita paciência me conduziu nos caminhos do quantitativo, compartilhando seus conhecimentos.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Eliany Nazaré Oliveira, Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert, Prof.^a Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos, que dedicaram seu tempo e conhecimento na apreciação desta dissertação de mestrado, contribuindo para a sua melhoria.

Ao José Augusto da Cunha Gomes, pelo apoio, risadas e aprendizados trocados ao longo dessa caminhada que envolveu subidas e descidas da serra.

À Escola Rosinha Bastos Sampaio, por aceitar participar do desenvolvimento do estudo e pela atenção, disponibilidade e credibilidade no nosso trabalho.

Aos adolescentes escolares, que, com as suas participações no estudo, contribuíram para a ampliação do conhecimento sobre prevenção de automutilação com utilização de TDIC's no contexto escolar. Sem vocês nada teria acontecido.

Agradeço a meus companheiros de trajetória acadêmica, nesses dois anos de mestrado, ficando o desejo de que voem alto e no rumo do coração de vocês.

A Unimed Sobral, em nome de Alita Arcanjo e Bringel, por permitir e incentivar que seus colaboradores se qualifiquem e possam retornar o aprendizado ao trabalho.

Aos meus companheiros de trabalho da Unimed: Ismael, Jacqueline, Leandro e Marília que por tantas vezes me incentivaram e seguraram as pontas nos momentos cruciais.

Aos docentes do MPSF pelo acompanhamento nas disciplinas e em outras atividades.

Aos meus clientes, que tiveram que lidar com um terapeuta por vezes ausente.

À Coordenação, alunos, professores e todos os funcionários do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF

A todos os que contribuíram e torceram de alguma maneira para esta conquista.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano marcado por diversas mudanças, tanto orgânicas quanto comportamentais. A Automutilação é considerada fator de risco para a ideação suicida. Os estudos brasileiros nessa área, mesmo ainda escassos, já foram o suficiente para considerar este fenômeno como um problema de saúde, assim como em outros países do mundo. **OBJETIVO:** Desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção educativa híbrida com apoio no método do Círculo de Cultura, aplicado através de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação, na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca - CE. **MÉTODO:** Estudo de intervenção, por meio do uso de métodos mistos, desenvolvido entre os meses de agosto e outubro de 2022, com adolescentes na faixa etária de 13 a 16 anos em escola pública do interior do Ceará. Para a coleta de dados quantitativos, utilizaram-se questionário de perfil sociodemográfico, Questionário de Impulsividade, Autoagressão e Ideação suicida (QIAIS-A) e a Escala de Silhueta de Stunkard. Desenvolveu-se em três etapas: 1) Aplicação do Pré-teste; 2) Intervenção Educativa Híbrida com referencial metodológico do Círculo de Cultura; 3) Aplicação do Pós-teste após 30 dias da intervenção. A coleta e a análise dos dados qualitativos foram feitas de acordo com os registros durante a intervenção educativa, no diário de campo e das interações dos participantes, sendo posteriormente organizado e analisado à luz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A análise da associação das variáveis de sexo, faixa etária, morar com a família nuclear e praticar automutilação foram realizados através do Teste Exato de Fisher para razão de chance. A comparação do QIAIS -A antes e depois, foi realizada pelo Teste de Wilcoxon. **RESULTADOS:** Participaram do pré-teste 245 adolescentes, dentre esses 109 (44,49%) já manifestaram algum comportamento de autoagressão. As meninas apresentaram mais chances de praticar a automutilação ($p < 0,010$), bem como aqueles que moram com famílias não nucleares possuem maior chance para praticar auto dano ($p < 0,009$). A intervenção educativa foi desenvolvida de maneira híbrida, com dois encontros presenciais na escola e dois encontros por meio da TDIC's, *Google meet* adolescentes participaram durante quatro semanas. Também foi criado um grupo controle com 30 adolescentes. Após 30 dias, foi aplicado o pós-teste com ambos os grupos controle e intervenção e não foram verificadas mudanças estatisticamente significantes com relação à prevenção do comportamento de auto dano nos grupos. Por outro lado, foi verificado qualitativamente a participação ativa dos adolescentes durante a intervenção por meio da qualidade da produção dos Discursos do Sujeito Coletivo, evidenciando o resultado satisfatório da intervenção educativa pelos participantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de não verificar a efetividade da atividade educativa na aplicação do pós teste, observa-se a partir dos discursos dos adolescentes que o estudo contribuiu através do método participativo e da construção da fala coletiva de adolescentes escolares com apoio no Método do Círculo de cultura para a prevenção à automutilação, mediante contribuição de todos os participantes de forma horizontalizada e respeitosa. Valorizando a troca de saberes entre pares e estimulando o empoderamento através da apreensão de novos conhecimentos, sendo uma execução viável e de baixo custo, que pode ser desenvolvida dentro da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Adolescência; Automutilação, Tecnologia digital de informação e comunicação; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Adolescence is a phase of human development marked by various changes, both organic and behavioral. In this period of so many transformations, the increase in self-harm in adolescents led to the National Policy for the Prevention of Self-Harm and Suicide being enacted on April 26, 2019. **OBJECTIVE:** To develop, implement and evaluate a hybrid educational intervention that uses the Circle of Culture method applied through TDIC's in the prevention of self-harm in school adolescents in Meruoca-CE. **METHOD:** A quantitative and qualitative study of intervention, longitudinal, developed between the months of August and October 2022, with adolescents aged 13 to 16 in a public school in Meruoca-CE. For the collection of quantitative data, a sociodemographic profile questionnaire, Impulsivity, Self-aggression and Suicidal Ideation Questionnaire (QIAIS-A) and the Stunkard Silhouette Scale were used. The collection and analysis of qualitative data were done according to the records during the educational intervention, in the field diary and the interactions of the participants, and were later organized and analyzed in the light of the Collective Subject Discourse (DSC). It was developed in three stages: 1) Application of the Pre-test; 2) Hybrid Educational Intervention with a methodological reference from the Circle of Culture; 3) Application of the Post-test. The association of the variables of sex, age range and living with the nuclear family and self-harm were analyzed using the Fisher Test for chance ratio. The comparison of the QIAIS-A before and after was performed by the Wilcoxon Test. The final analysis of the educational intervention will be carried out in the light of the Collective Subject Discourse (DSC). **RESULTS:** 245 adolescents participated in the pre-test, and of these, 109 (44.49%) had already shown some self-harm behavior. Women had a greater chance of practicing self-harm ($p < 0.010$). As well as adolescents who live with incomplete families have a higher chance for the self-harm variable ($p < 0.009$). The educational intervention was developed in a hybrid way, with two in-person meetings at school and two meetings through TDIC's, Google meet adolescents participated for four weeks. A control group with 30 adolescents was also created. After 30 days, the post-test was applied to both groups (control and intervention), in which no statistically significant improvement was found with respect to preventing the self-harm behavior. The active participation during the intervention, the quality of the production of the DSC's and positive evaluation by the students demonstrate the satisfactory result of the activity developed. **FINAL CONSIDERATIONS:** The study contributed through the participative method and the collective speech of school adolescents for the prevention of self-harm, through the contribution of all participants in a horizontalized and respectful manner. Valuing the exchange of knowledge among peers and stimulating empowerment through the apprehension of new knowledge, being a viable and low-cost execution, that can be developed within the Family Health Strategy.

Keywords: Adolescence; Self-mutilation, Digital information and communication technology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do número de adolescentes por sexo de acordo com a frequência do comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	30
Quadro 2 - Descrição dos estudos quanto autor, principais resultados e país de origem. Sobral, CE, Brasil, 2021.....	31
Quadro 3 - Apresentação das temáticas, objetivos e formatos dos encontros da intervenção educativa híbrida com adolescentes escolares em Meruoca. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	43
Quadro 4 - Exemplo de construção de um Discurso do Sujeito Coletivo. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.	50
Quadro 5 - Construção do DSC sobre Saúde Mental relacionada a mente ou emoções. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	74
Quadro 6 - Construção do DSC sobre Saúde Mental relacionada ao comportamento humano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	74
Quadro 7 - Construção do DSC sobre as formas de lidar com os sentimentos no encontro 1. Sobral, CE, Brasil, 2022.	75
Quadro 8 - Construção do DSC sobre as práticas de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.	76
Quadro 9 - Construção do DSC sobre os sentimentos de insegurança/ insuficiência. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	77
Quadro 10 - Construção do DSC sobre as redes sociais como potencial para surgimento de sentimentos ruins. Sobral, CE, Brasil, 2022.	78
Quadro 11 - Construção do DSC sobre as percepções de ambiguidade no conteúdo das redes sociais. Sobral, CE, Brasil, 2022.	79
Quadro 12 - Construção do DSC sobre automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento. Sobral, CE, Brasil, 2022.	82
Quadro 13 - Construção do DSC sobre automutilação como assunto que os pais não entendem. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	83
Quadro 14 - Construção do DSC sobre A existência de um Padrão de Beleza. (Ancoragem). Sobral, CE, Brasil, 2022.	85
Quadro 15 - Construção do DSC sobre Autoimagem e redes sociais. Sobral, CE, Brasil, 2022.	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 16 - Construção do DSC sobre a visão negativa da autoimagem. Sobral, CE, Brasil, 2022.	86
Quadro 17 - Construção do DSC sobre a visão positiva da autoimagem. Sobral, CE, Brasil, 2022.	87
Quadro 18 - Construção do DSC sobre saúde mental como algo integral e multifatorial. (ANCORAGEM). Sobral, CE, Brasil, 2022.	91
Quadro 19 - Construção do DSC sobre a importância das habilidades sócio emocionais desenvolvidas, diante das inconstâncias da vida. (ANCORAGEM). Sobral, CE, Brasil, 2022.	92
Quadro 20 - Construção do DSC sobre as definições de Autocuidado (ANCORAGEM). Sobral, CE, Brasil, 2022.	94
Quadro 21 - Construção do DSC sobre práticas de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.	96
Quadro 22 - Construção do DSC sobre: Saúde Mental vista como algo integrado. Sobral, CE, Brasil, 2022.	99
Quadro 23 - Construção do DSC sobre as definições de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.	100
Quadro 24 - Construção do DSC sobre o autocuidado como algo singular e cotidiano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	102
Quadro 25 - Construção do DSC sobre as formas de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.	102
Quadro 26 - Construção do DSC a percepção geral dos estudantes com relação à intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2022.	105
Quadro 27 - Caracterização do plantão psicológico de acordo com os atendimentos. Sobral, CE, Brasil, 2022.	106

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos de acordo com o conceito PRISMA (LIBERATI 2009). Sobral, CE, Brasil, 2021.	28
Figura 2 - Fluxograma de participantes da pesquisa nas três etapas do estudo. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.....	47
Figura 3 - Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 1). Sobral, CE, Brasil, 2022.	49
Figura 4 - Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 2). Sobral, Ceará, Brasil, 2022.	49
Figura 5 - Encontro de apresentação. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	70
Figura 6 - Avaliação do Primeiro Encontro da Intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2022.	80
Figura 7 - <i>Print</i> da imagem gerada no <i>Padlet</i> no segundo encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.	81
Figura 8 - <i>Print</i> da imagem gerada no <i>Padlet</i> no segundo encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.	82
Figura 9 - Fotos do terceiro encontro da intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2022.	89
Figura 10 - Foto da avaliação do terceiro encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.	97
Figura 11 - <i>Print</i> da imagem gerada no <i>Padlet</i> no quarto encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.	98
Figura 12 - <i>Print</i> da imagem gerada no <i>Padlet</i> no segundo encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.	100
Figura 13 - Fotos do encontro de Avaliação. Sobral, CE, Brasil, 2022.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos adolescentes do estudo. Sobral, CE, Brasil, 2022.	53
Tabela 2 - Distribuição do número de adolescentes por tipo de comportamento impulsivo. Sobral, CE, Brasil, 2022.	56
Tabela 3 - Distribuição do número de adolescentes por tipo de comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	59
Tabela 4 - Distribuição do número de adolescentes por sexo de acordo com a frequência do comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	61
Tabela 5 - Distribuição do número de adolescentes por sexo com relação ao comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	62
Tabela 6 - Distribuição do número de adolescentes segundo a fase do desenvolvimento e o comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	62
Tabela 7 - Distribuição do número de adolescente segundo a composição familiar e o comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	63
Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes de acordo com as funções da automutilação. Sobral, CE, Brasil, 2022.	64
Tabela 9 - Distribuição do número de adolescente em relação a ideação suicida. Sobral, CE, Brasil, 2022.	66
Tabela 10 - Distribuição dos adolescentes segundo as características da ideação suicida e sexo. Sobral, CE, Brasil, 2022.	67
Tabela 11 - Distribuição do número de adolescentes por sexo com relação ao comportamento da ideação suicida. Sobral, CE, Brasil, 2022.	68
Tabela 12 - Distribuição do número de adolescentes por composição familiar com relação ao comportamento da ideação suicida. Sobral, CE, Brasil, 2022.	68
Tabela 13 - Distribuição do número de adolescentes por sexo de acordo com a frequência do comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.	69
Tabela 14 - Distribuição dos adolescentes segundo as características de impulsividade, de acordo com o tipo de grupo, antes e após intervenção educativa. Sobral, CE, Brasil, 2022.	107

Tabela 15 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento de Auto Dano, de acordo com o tipo de grupo, antes e após a intervenção educativa. Sobral, CE, Brasil, 2022.

..... 108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - A Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

SUS - Sistema único de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

SCIELO- Biblioteca Eletrônica Científica Online

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

TDIC's - Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

OMS- Organização Mundial da Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

MS - Ministério da Saúde

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

QIAIS-A - Questionário de Impulsividade, auto agressão e ideação suicida para adolescente

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALE - Termo de Assentimento Livre Esclarecido

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressões Chaves

IC - Ideias Centrais

AC - Ancoragem

IAD - Instrumentos de Análise do Discurso

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

ECA -Estatuto da Criança e do Adolescente

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia

PRISMA - Preferred Reporting Items For Systematic Reviews and Meta- Analyse

ALNS - Autolesão Não Suicida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	14
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO	15
1.3	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	18
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	A ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO HUMANO	21
3.2	COMPREENSÃO DA AUTOMUTILAÇÃO	24
3.3	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: FATORES PREDOMINANTES PARA PRÁTICA DA AUTOMUTILAÇÃO.....	26
3.4	A UTILIZAÇÃO DE TDIC’S POR MEIO DO CÍRCULO DE CULTURA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES.....	32
4	METODOLOGIA	37
4.1	TIPO DE ESTUDO/ ABORDAGEM.....	37
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	38
4.3	ETAPAS, PERÍODOS, PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	38
4.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	47
4.5	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1	PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
5.2	INTERVENÇÃO EDUCATIVA HÍBRIDA	70
5.3	ENCONTRO DE APRESENTAÇÃO	70
5.4	PRIMEIRO ENCONTRO: SAÚDE MENTAL E ADOLESCÊNCIA.....	73
5.4.1	Saúde mental na adolescência	74
5.4.2	Como você lida com suas emoções?	75

5.4.3	Redes sociais e saúde mental	77
5.4.4	Avaliando o momento	80
5.5	SEGUNDO ENCONTRO: AUTOMUTILAÇÃO E AUTOIMAGEM.	81
5.5.1	Vamos falar sobre automutilação?	81
5.5.2	O que você vê quando olha no espelho?	84
5.6	TERCEIRO ENCONTRO: AGREGANDO NOVOS CONHECIMENTOS.....	88
5.6.1	Novo conceito de saúde mental.....	91
5.6.2	Como você lida com as emoções?	92
5.6.3	Autocuidado	94
5.7	QUARTO ENCONTRO - SÍNTESE DE CONHECIMENTOS.	98
5.7.1	Síntese saúde mental.....	98
5.7.2	O que eu entendo por autocuidado?	100
5.7.3	Encontro de avaliação - avaliação da intervenção e metodologias utilizadas ...	104
5.7.4	Plantão Psicológico	106
5.8	APLICAÇÃO DO PÓS-TESTE	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
7	CRONOGRAMA DO ESTUDO	114
8	ORÇAMENTO	115
	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICES	129
	ANEXOS	154

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e deve – para além de garantir o acesso – estar preparada para um manejo adequado, garantindo a integralidade do cuidado ao adolescente, promovendo ações que facilitem e favoreçam seu autocuidado, tornando-o de fato um ser social, fator que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) modelo prioritário para a consolidação e extensão da cobertura (MENDES, 2015).

Entre os objetivos específicos da ESF estão aumentar a prevenção e promoção à saúde, focando na centralidade da família e interferindo em fatores de risco, oferecendo uma assistência integral, reconhecimento da saúde como um direito e disseminação de conhecimentos que possam orientar o cidadão em suas demandas (BRASIL, 1997).

A aproximação com o tema e o público que compõem este estudo se desenvolve a partir de minha atuação profissional na APS, como psicóloga no então Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), no município de Meruoca-ce, que tinha como principal objetivo serapoio na consolidação da ESF, além de pretender aumentar a resolutividade ampliando o escopo e abrangência das ações da APS (BRASIL, 2010).

Os adolescentes eram encaminhados para o atendimento com a psicóloga, geralmente através dos profissionais da educação, que percebiam comportamentos “suspeitos” nos estudantes, como o uso de casacos e mudança de comportamento repentino. Em alguns casos, os adolescentes confidenciaram aos professores práticas de automutilação, enxergando neles uma possibilidade para obter apoio ou ajuda. Assim, era através desses profissionais que os adolescentes chegavam até a UBS ou que a psicologia chegava até a escola. Outra forma de contato se deu através do Programa Saúde na Escola (PSE), que possui uma proposta intersetorial na perspectiva da atenção integral com ações de promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde (BRASIL, 2015), quando os adolescentes, aproveitando o momento do desenvolvimento das atividades do programa, aproveitaram para procurar os profissionais e falar sobre suas angústias e sentimentos.

Segundo Nepomuceno (2011, p.772):

O trabalho do psicólogo na ESF, como de outros profissionais inseridos recentemente, apresenta-se como diverso pela necessidade de adequação ao contexto local e de abrangência dos serviços. As possibilidades apontam uma atuação direta, como porta de entrada, junto a usuários e comunidades, como membro de equipe multiprofissional de uma área de pequena abrangência territorial ou em uma atuação de equipe de apoio matricial, responsável por uma área abrangente, instrumentalizando diversas equipes da ESF para melhor atender as demandas sociais.

Diante das vivências foi se tornando perceptível que os estudantes não chegavam de forma direta às unidades de saúde, e que quando chegavam, era através da intersetorialidade entre saúde e educação. Aos que chegavam era oferecido um espaço de escuta acolhedora, respeitosa e empática, e ao sentirem confiança, estes relataram sobre as práticas de automutilação, a intenção de diminuir a dor psicológica pela dor física, o medo dos pais descobrirem e a importância de ter alguém com quem pudessem dividir todas as mudanças pelas quais estavam passando, além da falta de informação com relação às questões relacionadas à saúde mental e ao autocuidado.

O relato dos adolescentes também demonstrou desconhecimento diante dos atributos básicos da APS e dos profissionais que nela atuam, fato que despertou o olhar para este público que apontava para uma demanda crescente de adolescentes que praticavam automutilação e que não chegava ao conhecimento da ESF.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Segundo Silva (2020), em uma revisão integrativa tendo como referência artigos científicos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), publicados entre 2008 a 2019, o autor nos aponta que, de acordo com os relatos dos adolescentes, o vínculo entre eles e os profissionais de saúde são frágeis e que muitos não sabem o nome e nem sua função dentro das unidades de saúde. Ainda segundo este autor, na maioria dos serviços da APS não existem ações específicas para os adolescentes, e caso exista, são atividades pontuais, ligadas à sexualidade ou ao uso de drogas.

Por vezes, os profissionais se utilizam de uma postura disciplinar, o que tende a distanciá-los dessas ações.

Porém, o cuidado voltado à prevenção de agravos e à promoção da saúde deve ser realizado em todos os períodos do desenvolvimento humano, especialmente na adolescência, definida como um período importante do desenvolvimento, que necessita de cuidados dirigidos à melhoria da qualidade de vida. Esta fase é compreendida como a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos (BRASIL, 2010).

A adolescência é um período do desenvolvimento humano marcado por mudanças nos mais variados níveis, como: psicológico, físico e social. Com relação à automutilação na adolescência, por conta da recente dedicação do meio científico sobre o tema, ainda são poucos os dados estatísticos disponíveis, mas a questão já chama a atenção das autoridades e ganha destaque nos meios de comunicação (CUMINALE, 2019).

Com o olhar apontado para a saúde do adolescente, o Governo Federal publicou em abril de 2019 a Lei 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, apresentando o assunto como uma questão de saúde pública, sendo passível de prevenção. O documento aponta o princípio da integralidade como uma condição essencial para a assistência de adolescentes, orientando a organização em vários níveis de complexidade e a ampliação sobre as necessidades de saúde que envolvem essa faixa etária (BRASIL, 2019).

A automutilação é um fenômeno frequente, com taxas de prevalência, de episódios repetidos ou episódio único, em torno de 18% em adolescentes de amostras comunitárias em todo o mundo; e possui taxas mais altas, em torno de 50% em amostras de crianças e adolescentes com internação psiquiátrica (PLENER et al., 2016).

Faz-se necessário, diante deste público, oportunizar espaços de fala, construção e reflexão da realidade. Para Sampaio (2014), a roda de conversa é uma metodologia de trabalho com coletivos e vem sendo utilizada em diversos contextos, tendo como referencial teórico-metodológico a Educação Popular de Paulo Freire, possibilitando encontros dialógicos e de ressignificação a partir da experiência dos participantes, tendo as relações de poder horizontalizadas, incentivando o protagonismo, a criticidade e reflexão da realidade. Ademais, tendo como método proposto o Círculo de Cultura, que se filia às ideias de educação, liberdade e transformação dos indivíduos e do meio no qual estes vivem.

O processo de socialização possui algumas particularidades na adolescência, seja em relação aos pares ou em relação aos familiares, o que pode ser impactado pelas medidas de

isolamento social. Junto a isso, o uso da internet de forma aumentada como única alternativa para manutenção de interações sociais pode também acarretar prejuízos, sobretudo quando realizado de forma insegura (NABUCO, 2020).

Nesse sentido, a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, considerada uma das maiores ameaças à saúde individual e coletiva e que alterou a rotina de grande parte das pessoas, tornou-se ponto significativo para o contexto. Milhões de pessoas foram obrigadas a interromper de forma abrupta o contato humano presencial e as comunicações, em sua maioria, passaram a ser por meio digital, que se apresentava como o único possível na tentativa de não interromper completamente o trabalho e as interações sociais (DANIELS, 2017). Este período de isolamento coincidiu com o momento de expansão e popularização, de forma desigual, mas para todas as classes sociais da internet. Assim, a interação entre as pessoas foi impulsionada pelas ferramentas de troca de mensagens de texto, áudios, transmissões ao vivo, fotos, entre outras (DESLANDES, 2020).

O uso da internet atinge contínua e aceleradamente a parcela mais jovem da população mundial, condicionando-a a uma vida conectada, que não é separada da chamada vida real. A geração atual demonstra encantamento pelas Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação – TDIC's e facilidade de se trabalhar em meios digitais, o que deve ser valorizado na elaboração do conhecimento. Jovens utilizam a internet e tecnologias móveis para acompanhar assuntos que a eles preocupam e para comunicar-se diretamente com tomadores de decisão (UNICEF, 2014).

De acordo com Lemos (2015), a presença das tecnologias digitais entre os jovens é cada vez mais forte, visto que a cibercultura vem modificando as formas de interação, criando assim novas formas de relações sociais e de estar no mundo. À vista disso a utilização TDIC's poderiam ser utilizadas como instrumento para auxiliar esse diálogo.

Diante destas considerações e entendendo as dificuldades como obstáculos para o efetivo cuidado integral do adolescente, uma estratégia de aproximação deste público às políticas de saúde seria fazer parte do “mundo” deles, onde eles constroem relações e se mostram com mais desenvoltura.

As ferramentas tecnológicas e de rede carregam em si um potencial inimaginável para todas as áreas de conhecimento humano, e por isso mesmo levantam questionamentos sobre o impacto que estas mudanças podem vir a ter em indivíduos em formação, como é o caso da adolescência (COSTA, QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Partindo destas reflexões e sendo atravessada pelo cotidiano das atividades desenvolvidas como psicóloga na ESF, algumas questões se apresentaram na construção da problematização do tema: Como a automutilação em adolescentes em uma cidade do interior

do Ceará se apresenta em relação ao gênero, idade e outras variáveis sociodemográficas entre os adolescentes? É possível realizar uma intervenção educativa híbrida mediada pelo Círculo de Cultura para prevenção da automutilação em adolescentes escolares?

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Este estudo vem tratar de um tema que tem se evidenciado como uma questão de saúde pública (BRASIL, 2019), porém que ainda é pouco publicado. Segundo Gomes (2020): mesmo se tratando de um tema emergente e estudado mundialmente, no Brasil ainda existe carência de pesquisas, o que aponta para a falta de conhecimento desta problemática no contexto brasileiro.

Outro ponto positivo neste estudo é a utilização das TDIC's como ferramenta para possibilitar a intervenção híbrida, que visa prevenir a automutilação em adolescentes. Diante da irreversibilidade das redes e das tecnologias em nossas vidas, é imprescindível que sejamos capazes de desenvolver nestes meios sua aptidão para a disseminação de informações que venham a agregar e aproximar as pessoas dos conhecimentos, além de garantir espaços nos quais os adolescentes se sintam confiantes para falar sobre seus medos e angústias, e também para oferecer recintos de apoio mútuo, suporte e troca de experiências (SILVA, 2016).

Para Otto (2016), o que é exposto nas redes sociais retrata uma nova forma de a sociedade funcionar. O autor afirma que não temos claramente a divisão entre virtual e real, e que, para os adolescentes, é preferível expor-se virtualmente a fim de conseguir escapar do julgamento e expressar-se sem filtros.

Quanto à prática de autolesão fora da plataforma, existe uma carência de pesquisas brasileiras, de forma que se faz necessária a realização de estudos em hospitais, unidades de saúde e outros componentes da rede de urgência e emergência. Apenas assim poderemos compreender a amplitude da autolesão e se esta vem aumentando ou não no contexto brasileiro. (OTTO, 2016, p.283).

De acordo com Silva (2016): “A *Internet* possui impacto potencial no desenvolvimento de comportamento autolesivo e suicídio, neste contexto, apresenta-se como grave problema de saúde pública, entretanto também pode operar como estratégia

contemporânea de prevenção” (p.89). Para Duquevitz (2017): Tecnologias digitais são como instrumentos de mediação, inclusive mediando as relações sociais.

O uso dessas novas ferramentas pode vir a facilitar o acesso do adolescente a informações relacionadas à sua saúde, tanto pela questão de não ser necessário o deslocamento, como por se tratar de tecnologias que estão inseridas no cotidiano e que durante o período da Pandemia Covid 19 foram bastante utilizadas no ensino remoto.

Além disso, a metodologia da intervenção também se destaca de forma positiva, por ser fundamentada na teoria e no método de Paulo Freire, o círculo de cultura, que fortalece o espaço democrático de fala, com aprendizagem integral, estimulando a autonomia dos sujeitos de forma horizontalizada e libertadora (FREIRE, 1991). Tal método realça o impacto dessa intervenção para os adolescentes, ao passo em que sedá voz ao público que por tantas vezes é silenciado por não ter suas opiniões tidas como relevantes, mesmo quando o assunto é o seu próprio corpo.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO, 2007, p.341).

Neste estudo, é possível perceber a junção de um tema de indiscutível importância que vem chamando a atenção das autoridades em saúde, culminando na criação da Política Nacional de Prevenção à automutilação e ao suicídio. Por se tratar de um tema novo, ainda há uma limitada literatura encontrada, fator que indica um campo propício para a produção de conhecimento, que tem como público-alvo os adolescentes e a utilização de uma estratégia inovadora em saúde: as TDIC's como ferramenta para construção de um pensamento crítico, emancipatório e reflexivo. Tal ferramenta atuará através do arcabouço freiriano e da metodologia do círculo de cultura na construção de novas formas de pensar, a partir da escuta ativa do público alvo, de forma horizontalizada e respeitosa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção educativa híbrida com apoio no método do Círculo de Cultura aplicado através de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação, na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca - CE

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, autoagressão e ideação suicida de adolescentes escolares;
- Realizar uma intervenção educativa híbrida mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação junto aos adolescentes escolares;
- Comparar os comportamentos de impulsividade, autoagressão e ideação suicida de adolescentes escolares antes da intervenção educativa e 30 dias após;
- Apresentar os Discursos do Sujeito Coletivo a partir das manifestações dos adolescentes durante a intervenção educativa híbrida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO HUMANO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência vai dos 10 aos 19 anos; já para o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei n. 8.069, de 1990), vai dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990). Contudo, as características próprias dessa fase podem iniciar e/ou terminar antes ou mesmo depois desse período. Neste estudo, tomaremos como referência a definição utilizada pela OMS.

A adolescência é considerada uma fase do desenvolvimento humano que possui características próprias, relacionadas a uma gama de fatores que podem exercer impacto neste e em outros períodos da vida. Partindo deste entendimento, faz-se necessário levar em conta questões relacionadas à puberdade, que são comuns a quase todos os adolescentes, e as questões comportamentais, que se apresentam de acordo com a história de vida de cada um, de forma entrelaçada e sem o ideal de um modelo a ser seguido.

Atualmente, a adolescência é um tema bastante discutido e estudado, mas esse conceito precisou ser construído ao longo da história da humanidade. Segundo Kimmel e Weiner (1998), “somente nos séculos XIX e XX, acontecimentos sociais, demográficos, culturais parecem ter propiciado o estabelecimento da adolescência como período distinto do desenvolvimento humano”. Para Aries (1981, p.46), “a música de Siegfried pela primeira vez expressiu a mistura de pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade e de alegria de viver que faria do adolescente o herói do nosso século XX, o século da adolescência”.

Nesse sentido, com a modificação das formas de pensar e de viver, é importante que algumas concepções também passem por mudanças, e quando se fala de algo que está diretamente relacionado ao comportamento humano, isto é inerente. Diante disso, outras formas de compreender este período foram sendo pensadas ao longo da história (BARBOSA, 2021).

Segundo Griffa (2011), a adolescência se divide em três fases: inicial, propriamente dita ou média, e final ou alta adolescente. A primeira fase se caracteriza pelo maior

desenvolvimento corporal e pelo aparecimento de caracteres sexuais primários e secundários; nesta fase, o sexo oposto causa estranheza, sendo comum a maior aproximação entre os indivíduos do mesmo sexo.

Na fase da adolescência propriamente dita, o desenvolvimento corporal tem seu ritmo diminuído, assim como a estranhamento diante do sexo oposto, formando, a partir de então, grupos heterossexuais. Ao passo que se aproxima dos pares, nessa fase acontece o maior afastamento da família, na tentativa de criar independência, sendo o período de maior rebeldia, contradições e ambivalências.

Adolescência final é o período no qual o adolescente está mais voltado para a escolha vocacional, que se apresenta como a primeira grande decisão que ele precisa tomar e que terá impactos no seu futuro; já existe uma consolidação dos modos de viver e se relacionar que está entrelaçado com a forma como ele atravessou as etapas anteriores, consciente de suas limitações e possibilidades.

Nesta etapa da vida do indivíduo, colocam-se ao adolescente duas tarefas de desenvolvimento: a autonomia em relação aos pais e a construção da sua identidade. Essa autonomia é construída através de um duplo movimento, uma maior independência relativamente às figuras parentais e, simultaneamente, um maior envolvimento afetivo-emocional com os amigos, permitindo ao adolescente um desenvolvimento psicossocial mais harmonioso (SAMPAIO et al, 2000, p.141).

Naves (2016, p.34) apresenta uma definição através da perspectiva sócio-histórica que nos diz:

A adolescência concebida como consequência inevitável do desenvolvimento, como período de passagem obrigatório para a vida adulta, sinalizada pelo aparecimento de marcas corporais e significada como uma fase problemática da vida, coloca o adolescente em situação de desvalorização social em relação ao mundo adulto.

Para este autor, é pertinente que não coloquemos a adolescência apenas como uma “ponte” de passagem entre a infância e a idade adulta, e sim que seja uma etapa que venha a ser vivenciada e tenha seu sentido e significado próprio, de modo que não sejam atribuídas apenas características ruins ao período. Segundo ele, isto pode gerar um conceito de adolescência como algo desvalorizado pela sociedade e não respeitado e vivido com o reconhecimento devido, como se este período pudesse apenas ser vivenciado através de problemas, dúvidas, incertezas e estresse.

Dessa forma, ao refletir sobre essa desvalorização, nota-se que é corriqueiro, ao nos referirmos ao adolescente, usarmos termo como “aborrescente”, ou ainda como se a fase da puberdade

justificasse comportamentos que não são vistos como aceitáveis e bons diante da sociedade, impondo, de certa forma, um modelo de ser sempre visto como confuso, imaturo e intransigente, de tal modo que pode vir a banalizar esta etapa do desenvolvimento. Por conseguinte, isto acaba tornando os sentimentos invisíveis por se tratarem de algo demarcado por um período e que vai passar, sem considerar os aspectos singulares e os impactos da naturalização da adolescência.

[...] é importante considerar adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, que não se restringem à passagem da escola para o trabalho e envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual se situam as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; a dimensão dos dispositivos institucionais que reúne os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho e, finalmente, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo”. (BRASIL, 2010, p.46).

Ademais, com relação às diretrizes de saúde que envolvem esse período do desenvolvimento, relata-se sobre a necessidade de um olhar amplo, no qual o adolescente seja acolhido em toda sua complexidade, fortalecendo ações que sejam exercidas de forma intersetorial e interfederativa.

Adolescentes e jovens, por serem considerados pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas (BRASIL, 2010, p.22-23).

Nesta diretriz, datada de 2010, o termo automutilação surge no capítulo em que se apresenta as causas externas de óbitos entre os adolescentes, surgindo como um elemento ligado ao suicídio. Desse modo, a mudança no comportamento adolescente e seu aumento de autolesões fez com que, no dia 26 de abril de 2019, fosse sancionada a Lei que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, tendo como um dos objetivos a sensibilização e a informação da sociedade de que a violência autoprovocada pode ser prevenida.

Em suma, as vulnerabilidades que estão atreladas à adolescência, por se tratar de um período repleto de mudanças, colocam jovens em situações que podem ser consideradas de risco, porém, não como algo tipificado em uma fase, mas sim respeitando a singularidade dos sujeitos em construção.

3.2 COMPREENSÃO DA AUTOMUTILAÇÃO

Segundo Turner (2002), o primeiro artigo sobre automutilação publicado na literatura médica, em 1846, foi um relato de caso de uma viúva maníaco-depressiva de 48 anos que removeu seus próprios olhos. De acordo com Giust (2013), o primeiro artigo a descrever a automutilação como ela é entendida hoje foi em 1983, por Pattison e Kahan, sendo descrita como ferimentos com baixa letalidade, sem intenção de suicídio, sensação de alívio após a realização, podendo o comportamento se estender por alguns anos. Com base neste entendimento, o mesmo autor define a automutilação como o comportamento de agressão intencional ao próprio corpo, sem intenção consciente de suicídio e que vem se destacando como um dos principais temas com a relação à adolescência na atualidade (GIUST, 2013).

A automutilação, também chamada de autoagressão ou autolesão, refere-se ao dano a uma parte do corpo do próprio indivíduo, realizada de forma consciente (não acidental) e sem intenção de morrer, com métodos que não são aceitos socialmente. Tatuagens, piercing, brincos ou outras formas de marcar o corpo para rituais tribais ou para exibição pública não são considerados automutilação (WALSH, 2016). Para Cedaro e Nascimento (2013, p.205): “são atos lesivos contra o próprio corpo, como cortes, perfurações, mordidas, beliscões e espancamentos, feitos a mão ou com uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou outros sentimentos egodistônicos”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, na sua V edição, nos apresenta a automutilação como sintoma de vários transtornos como: Neurodesenvolvimento, Dissociativos de Identidade e até Personalidade Borderline. (APA, 2014). Por sua vez, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 insere o “comportamento autodestrutivo” no transtorno de personalidade, subdividido em transtorno borderline, explosiva e de personalidade agressiva (OMS, 2008).

De acordo com Araújo (2016):

Ainda não existe, no Brasil, uma padronização terminológica para se referir às pessoas que se machucam de maneiras diversas. É possível encontrar os termos automutilação, autolesão, autoflagelação, escarificação, escoriação, marcas corporais, entre outros (p.511).

Para além da falta de uma padronização terminológica, percebeu-se uma dificuldade na obtenção dos dados relativos à automutilação no Sistema de Informação de Agravos e Notificações - SINAN. Diante do contexto, a construção de um sistema destinado a informar agravos começou na década de 1990, e se destina a coletar e processar dados de todo o Brasil sobre os agravos passíveis de notificação, o que possibilita, então, produzir informações capazes de influenciar nas tomadas de decisão nos três níveis federativos. Além disso, em 1998, o SINAN passou a ter a inserção de dados obrigatória, tendo o extinto Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), o que corresponde hoje à Secretaria de Vigilância em Saúde como gestora do sistema (BRITO, 1993).

A ficha utilizada na tentativa de captar estas informações é a ficha de notificação de violência interpessoal/lesão autoprovoçada, sendo que a última abrange comportamentos como se ferir (automutilação), tentar tirar a própria vida (tentativa de suicídio) ou até mesmo se matar (suicídio) (BAHIA *et al.*, 2017).

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2021), em 2019, foram registradas 124.709 notificações de violências autoprovoçadas no Brasil, um aumento de 39,8% em relação a 2018. Ademais, mulheres foram a grande maioria das vítimas e houve concentração na faixa etária de 20 a 39 anos, com 46,3% dos casos. A faixa etária de 15 a 19 anos aparece na segunda posição, com 23,3% dos casos.

O aumento dos números aponta para um problema de saúde pública, porém não se pode afirmar que eles revelam o número exato de automutilação na população, seja pelas subnotificações, pela abrangência do conceito utilizado na ficha, ou ainda pela falta de opção de forma clara, na própria ficha, para identificar se houve ou não a intenção do suicídio no ato da autolesão, o que é característica fundamental na construção do conceito de automutilação, devendo, portanto, que tal informação seja colocada como algo complementar.

No tocante à função que a automutilação possui, a literatura científica aponta para a finalidade de atenuar ou suavizar o efeito doloroso ou conturbado daquilo que o adolescente está vivenciando.

Tanto os comportamentos de automutilação como os comportamentos de risco (em geral), partem da livre vontade do próprio e não visam a morte. Porém: nos actos de automutilação existe uma intenção do indivíduo se magoar a si mesmo e este gesto não costuma colocar mais ninguém em perigo- visam cessar ou substituir uma dor psicológica sentida como ilimitada ou intolerável por outra física, localizada e palpável. (OLIVEIRA, AMÂNCIO e SAMPAIO, 2001, p.511).

Segundo Edmondson, Brennan e House (2016), sentimentos de dor emocional são acalmados através do comportamento autolesivo, podendo se relacionar também com punição e estados dissociativos de personalidade, os quais expressam situações preocupantes e que devem ser cuidados.

De acordo com Fortes e Macedo (2017, p.354), “geralmente o adolescente não demonstra de forma manifesta inquietação ou angústia com o fato de se automutilar, sendo o alarme acionado quando um adulto descobre e se preocupa com o fato”.

É importante ressaltar que a automutilação tem sofrido um grande aumento entre os adolescentes e nas escolas, problema que se dá devido a uma constante divulgação dessa prática nas redes sociais como *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*, além da propagação desse ato através de ídolos do público adolescente, assim naturalizando o ato de se automutilar. Ainda, tal prática entre os adolescentes funciona como uma forma alternativa que eles utilizam para enfrentar seus problemas, o que acaba por gerar graves consequências que podem persistir durante a vida adulta (ALMEIDA, 2018).

Com o propósito de fundamentar este estudo e enriquecer a sua construção teórica, foi realizada uma busca na literatura científica dos fatores predominantes para o desenvolvimento do comportamento de automutilação por adolescentes escolares. Para tanto, optou-se pelo método de revisão integrativa, que possibilita a busca, análise crítica e a condensação das informações obtidas que abordam o tema em investigação (SOUZA *et al.*, 2017).

3.3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: FATORES PREDOMINANTES PARA PRÁTICA DA AUTOMUTILAÇÃO

Neste capítulo, será apresentada a revisão integrativa da literatura. Assim, o levantamento bibliográfico foi realizado buscando identificar e analisar os artigos relacionados aos fatores predominantes que são cientificamente apontados como evidências para o comportamento de automutilação cometido por adolescentes escolares. O período de coleta de dados foi durante o mês de outubro de 2021.

Com o objetivo de manter o rigor metodológico, utilizou-se o método de seis etapas, sendo elas: 1) identificação do tema a ser pesquisado e elaboração da questão de pesquisa a ser utilizada na investigação; 2) definição dos critérios para inclusão e exclusão dos trabalhos encontrados na literatura; 3) extração das informações e organização em tabelas para uma melhor análise; 4) análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e a discussão; e 6) apresentação da revisão de forma objetiva e sucinta (SOUZA *et al.*, 2010).

Para a elaboração da pergunta diretiva utilizou-se a estratégia PICO, a qual é voltada para pesquisas não clínicas, assim abrangendo os seguintes aspectos: P = População (adolescente/estudantes); I = Interesse de conhecimento (automutilação/saúde do adolescente); e Co = Contexto (escolas/instituições de ensino). Com o uso dessa ferramenta, elaborou-se a seguinte questão: “O que apontam as evidências científicas sobre o comportamento de automutilação cometido por adolescentes escolares?”.

As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com a aplicação dos descritores e operadores booleanos, anteriormente selecionados. Além disso, foram realizados cruzamentos utilizando descritores obtidos a partir de consultas aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), feita com os seguintes descritores: “automutilação”, “saúde do adolescente”, “adolescente”, “estudantes”, “escolas” e “instituições de ensino”. Ademais, como forma de auxílio, aplicou-se operadores booleanos “AND” e “OR”. Dessa forma, o cruzamento adotado foi: ("adolescentes" OR "estudantes") AND ("automutilação" OR "saúde do adolescente") AND ("escolas" OR "instituição de ensino"); o mesmo cruzamento foi realizado na língua inglesa gerando o seguinte resultado: ("teenagers" OR "students") AND ("self-mutilation" OR "teenager health") AND ("schools" OR "educational institution").

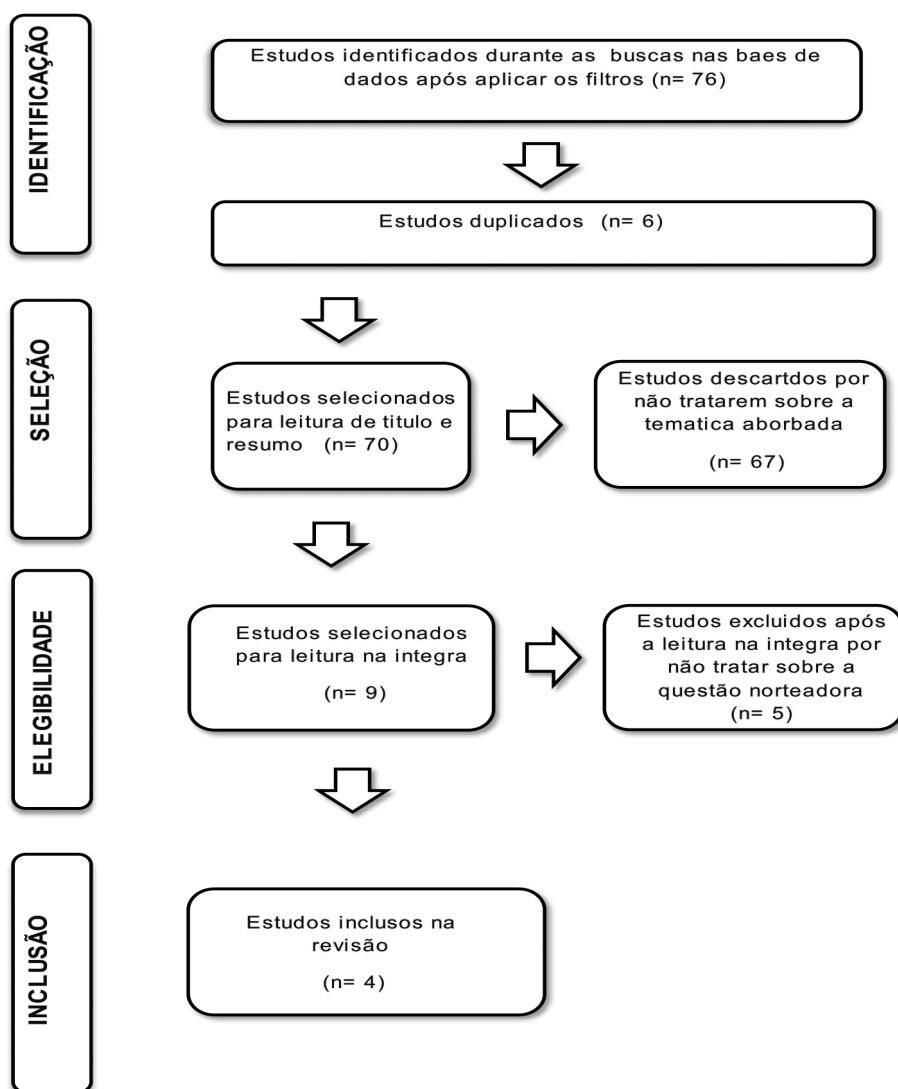
Os resultados obtidos e as respectivas bases de dados foram: LILACS (51), BDENF-Enfermagem (29), MEDILINE (10), index psicologia (2), coleção SUS (2), BBO-Odontologia. Em seguida, fez-se buscas na PubMed usando descritores selecionados na MeSH (*Medical Subject Headings*).

Para tanto, a seleção dos estudos se deu através da recomendação do *Preferred Reporting Items For Systematic Reviews and Meta-Analyse* (PRISMA), o qual busca garantir maior transparência e complexidade dos relatos da revisão, mas abordando de forma direta e sem detalhes os resultados (LIBERATI *et al.*, 2009). Em seguida, deu-se início à leitura dos títulos e resumos de forma a classificá-los aos critérios de inclusão; após essa etapa, realizou-se a

leitura na íntegra de todos os trabalhos selecionados e, por fim, utilizou-se o instrumento Ursi (2005), o qual faz a extração de informações dos artigos selecionados, permitindo uma análise posterior detalhada de cada estudo, revelando seu nível de evidência metodológico com relação aos outros estudos. Esse instrumento possibilita sintetizar o conteúdo desses trabalhos ressaltando suas diferenças, além de obter informações como título, autores, ano, país e metodologia (BOTELHO *et al.*, 2011).

O resultado das buscas com a aplicação dos filtros resultou em um total de 76 artigos, dentre os quais seis eram duplicados, 67 foram excluídos por não tratarem da temática em estudo e cinco foram excluídos por não tratarem da pergunta norteadora. Deste modo, selecionou-se quatro estudos para serem incorporados à revisão, conforme podem ser observados na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos de acordo com o conceito PRISMA (LIBERATI 2009). Sobral, CE, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

Diante disso, é possível notar que os estudos selecionados tiveram suas publicações entre os anos de 2017 e 2020, com a grande predominância de artigos publicados no ano de 2020, com 75% dos trabalhos publicados nesse período. Quanto à metodologia mais empregada, foram utilizados igualmente os métodos de abordagem qualitativa com 50% dos trabalhos, a qual possui nível seis de evidência; os demais utilizaram abordagem de estudos transversais com 50% dos estudos, a qual possui o mesmo nível de evidência equivalente a seis.

Os locais escolhidos pelos pesquisadores para ser realizada a coleta dos dados foram as escolas da rede pública, com 100% dos estudos realizados nessas instituições de

ensino. Ademais, a população estudada em sua grande prevalência é composta por adolescentes em idade escolar, com 75% dos estudos com esse público, e uma pequena parcela com professores, representando 25% dos artigos.

Apresentação das características dos quatro artigos selecionados e incorporados ao trabalho de acordo com autor, ano de publicação, objetivo, metodologia, população, local do estudo e nível que evidencia - Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição do número de adolescentes por sexo de acordo com a frequência do comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ARTIGO	AUTORES/ANO	OBJETIVO	MÉTODO	POPULAÇÃO / LOCAL DO ESTUDO	NE
A1	BRITO, Mara Dalila Leandro de Sousa, <i>et al</i> 2020	Conhecimentos sobre comportamento suicida e estratégias de prevenção	Estudo de abordagem qualitativo	Professores do ensino fundamental, Escolas públicas	6
A2	TANG, Jie <i>et al</i> 2020	Dependência de internet com autolesão o não suicida (NSSI)	Pesquisa transversal	Adolescentes, Escolas públicas	6
A3	COSTA, Luiza Cesar Riani, <i>et al</i> 2020	Contexto escolar e a Autolesão Não Suicida (ALNS)	Estudo de abordagem qualitativa	Adolescentes, Escolas públicas	6
A4	BHOLA P, <i>et al</i> 2017	Avaliar as taxas de comportamento autolesivo	Estudo transversal	Adolescentes, Escolas publicas	6

Fonte: Elaborado pela autora.

Através desta revisão é possível perceber que as escolas possuem um papel de destaque com relação à automutilação em adolescentes, já que, em 50% dos estudos é

possível observar a escola como um ambiente favorável a fatores que potencializam ao desenvolvimento do ato de automutilação, mas que também possui um grande potencial no combate e na prevenção dessa prática. Outro ponto observado foi o uso excessivo de internet, o qual se fez presente em 25% dos estudos. Além disso, a faixa etária mais suscetível à autolesão não suicida faz-se presente em estudantes com idade menor que 18 anos com maior incidência no gênero masculino, conforme apresentado em 25% dos trabalhos incorporados. Com relação aos locais de origem dos trabalhos, a maior parte pertence ao Brasil, com 50% dos trabalhos; em seguida, a China, com 25%, e a Índia, com 25%. Essas características podem ser conferidas segundo autor, local, população e instrumento no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos estudos quanto autor, principais resultados e país de origem. Sobral, CE, Brasil, 2021.

ARTIGO	AUTOR	PRINCIPAIS RESULTADOS	PAÍS DE ORIGEM
A1	BRITO, Mara Dalila Leandro de Sousa, et al 2020	O conhecimento dos professores acerca do comportamento suicida envolveu identificação dos sinais de alerta.	Brasil
A2	Jie Tang, et al 2020	Identificou-se associações significativas de vício em internet entre os participantes do sexo masculino e feminino. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos na associação de possível vício ou relativo a frequência.	China
A3	COSTA, Luiza Cesar Riani, et al 2020	Demonstraram a existência de um ambiente pouco saudável ao desenvolvimento adolescente, sendo pouco acolhedor frente ao bullying e a autolesão suicida.	Brasil
A4	Bhola P, et al 2017	Os jovens abaixo dos 18 anos tinham uma probabilidade 1.4 maior de se envolverem em comportamentos autolesivos do que os jovens com 18 anos ou mais (OR=1,4, 95% CI: 1,1-1,7). Os homens tinham mais probabilidade de relatar comportamentos autolesivos do que as mulheres.	Índia

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a análise minuciosa de todos os trabalhos selecionados para serem incorporados a este estudo, foi possível identificar características em comum que se fazem presente entre eles, as quais possuem grande influência para o desenvolvimento do comportamento da automutilação entre os adolescentes em idade escolar, assim fazendo uma ligação direta entre esses agentes e a prática da automutilação. As características mais

relevantes para a utilização neste estudo são as relacionadas ao papel do professor/educador na identificação e combate à autolesão; *bullying* dentro da escola correlacionado com autolesão e o uso excessivo da internet, para fins apenas de entretenimento por parte dos adolescentes.

Segundo um estudo realizado com profissionais da educação, relatou-se que existe uma relação entre o uso excessivo de internet e o aumento da automutilação entre os adolescentes, devido ao meio virtual ser um grande disseminador de incentivos à prática da automutilação (GABRIEL, 2020).

Em outro estudo, identificou-se que existe um baixo interesse por parte dos adolescentes em buscar informações relacionadas à promoção à saúde através das tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC's), o que reforça que o uso de internet pelos adolescentes está voltado para questões de entretenimento, fator que os deixa vulneráveis a ataques nas mídias sociais, o que acaba por gerar sofrimento interno e levando à automutilação (CAVALCANTE, 2017).

Diante desse contexto, destaca-se a importância do uso de ferramentas digitais de informação como um meio facilitador de promoção à saúde do adolescente, sendo que através dessa abordagem é possível atingir um público maior, além da comodidade e facilidade para os adolescentes terem acesso às informações através das mídias sociais.

3.4 A UTILIZAÇÃO DE TDIC'S POR MEIO DO CÍRCULO DE CULTURA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES.

Para o Ministério da Saúde (MS), a educação em saúde trata-se de um método educativo de produção de conhecimentos na área da saúde. Assim, ela atua para que haja apoderamento pela população, tornando-se uma união de práticas que podem vir a contribuir com a autonomia das pessoas, promovendo autocuidado, fortalecendo o controle social diante dos serviços e políticas de saúde, de maneira que estas respondam às necessidades reais da população (BRASIL, 2008).

Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, a APS é o contexto no qual este estudo está inserido, sendo um terreno fértil para a realização de práticas de educação em

saúde por estar mais próximo da população, dentro do território e enfatizar as ações de promoção e prevenção em saúde.

O mesmo Ministério da Saúde afirma ainda:

A Atenção Básica, como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adscritas aos territórios bem delimitados, deve considerar suas características sócio-culturais e dinamicidade e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade (BRASIL, 2008, p. 6).

Ademais, a educação se faz fortemente presente no cotidiano do setor saúde, sendo uma prática fundamental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. De acordo com os pressupostos pedagógicos de Freire (2005), a educação é uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática que se constrói na relação de diálogo. Por conseguinte, a educação tem o potencial de desenvolver sujeitos ativos, participantes da transformação social.

A busca de uma educação que seja capaz de mudar a sociedade nasceu com Paulo Freire, numa nova pedagogia denominada de educação popular, que desenvolve o diálogo com novas teorias e práticas de um “ouvir o outro” para educá-lo e para educar-se com ele (PINAFO, 2010, p.8).

No dia 19 de setembro de 2021 foi comemorado os 100 anos do nascimento de Paulo Freire – o patrono da educação brasileira. O autor deixou um legado vívido e que ainda gera impactos com sua concepção teórico-metodológica, que extrapola o ensino de adultos e transforma a forma de pensar a educação em suas diversas facetas, tendo uma grande influência nas formas construir a educação em saúde.

Portanto, torna-se evidente na proposta pedagógica de Paulo Freire este entendimento de educação em saúde, tendo a educação popular como um movimento capaz de transformar a sociedade, contribuindo para o diálogo, no qual todos aprendem e ensinam levando em conta as trajetórias de vida, saberes e culturas (FREIRE, 2008).

A educação popular foi concebida na década de 1960 com grupos de trabalhadores, utilizando assuntos de temáticas variadas, mas que fossem do interesse deles. Além disso, a prática estava atrelada ao contexto da alfabetização de adultos no Rio Grande do Norte e Pernambuco e do Movimento de Cultura Popular, propondo uma pedagogia comprometida com a emancipação,

possibilitando a tomada de consciência através do diálogo e dando importância ao aspecto metodológico (DANTAS, 2010).

No contexto da saúde, a educação popular surge a partir de 1991, quando os profissionais e pesquisadores que conheciam os princípios organizaram-se em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, constituindo o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, em São Paulo (GOMES, 2011). Por conseguinte, de acordo com Pedrosa (2020), em 2013, é instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, cujos princípios teóricos e metodológicos fundamentais são: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do saber, emancipação e compromisso com a construção do Projeto Democrático Popular.

Silva (2009) afirma ser necessário pensar em novas práticas educativas que estejam comprometidas com a democracia e com a participação cidadã, tendo a emancipação e autonomia como base para um sujeito capaz de opinar e propor sobre a sua saúde e a da sociedade em geral. Ademais, Freire (2005) anuncia que uma prática educativa crítica é uma forma de agir no mundo, rejeitando discriminação, opressão, fomentando a força na crença de que é possível a mudança. Se, historicamente, a educação em saúde era entendida como um modo de convencer as pessoas a mudarem seus hábitos, a educação popular busca colaborar com a população para que ela conheça as causas das doenças e, principalmente, organizar-se para a superação destas (VASCONCELOS, 2004).

Assim, uma das metodologias mais utilizadas por Paulo Freire e que foi primeiramente utilizada nos anos 1960 no Rio Grande do Norte e Pernambuco foram os círculos de cultura. Os círculos convidam, de forma natural, à dialogicidade, e tomam as experiências como o início de um processo educativo. O fruto do vivido era colocado em desenhos, para que a partir daí fosse possível a construção de conhecimento. Estes desenhos eram as chamadas “fichas de cultura”, segundo Brandão (2004).

Nas palavras de Ceccim (2007, p.33), “um círculo de cultura não seria para expor uma prescrição ou prestar receitas de condutas sociais, mas pôr em reflexão (em ato de pensamento) os desafios colocados às práticas sociais”. Porém, torna-se necessário ser mais do que apenas realizada, que a intervenção possa acontecer por um meio que já é de propriedade deles, por isso é importante que seja utilizado um método que contribua na construção de conhecimento. Neste sentido, o círculo de cultura atua

favorecendo um aprendizado contextualizado à realidade de quem participa, proporcionando a liberdade e a crítica quanto aos assuntos abordados, por se tratar de algo que o público alvo entende como significativo e considera um aprendizado rápido, que o que proporciona diálogos, debates e construção (BESERRA, 2011).

Assim, na tentativa de encontrar esse meio no qual os adolescentes sintam-se pertencentes e à vontade, as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação surgem como uma possibilidade viável nos dias de hoje. Estas se caracterizam como os recursos digitais e podem representar uma estratégia eficiente de promoção à saúde na adolescência por conta da sua afinidade com os recursos tecnológicos.

Nessa fase do desenvolvimento, os adolescentes podem estar suscetíveis a riscos e agravos à saúde em decorrência de comportamentos de risco, uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e violências de diversos tipos (SILVA, 2014). Então, faz-se importante desenvolver educação em saúde com os adolescentes, através de uma metodologia que propicia o pensamento crítico e emancipatório, através do uso destas tecnologias. Por conseguinte, o uso adequado e responsável de ferramentas virtuais possibilita a divulgação adequada das informações, podendo apoiar a conscientização e assim assumir uma postura preventiva a qualquer fator de risco.

Segundo Bastos *et al* (2018), as tecnologias são estratégias educativas que se mostram como uma importante ferramenta na promoção de saúde e prevenção de doenças, estimulando comportamentos mais autônomos por parte desse público e de suas necessidades de saúde.

Paulo Freire (2008) lançou a afirmativa de que ninguém educa ninguém, mas ninguém se educa sozinho. É através da comunhão que o processo de educação é possível e isto tem como mediador um mundo de possibilidades.

Nesse sentido, as tecnologias estão nesse meio e podem promover a interação e colaboração, o que as tornam fundamentais nos processos educacionais e pedagógicos. As tecnologias educacionais apresentam uma gama de possibilidades para atuar na promoção da saúde. Elas visam o empoderamento e aprimoramento da capacitação do adolescente em saúde. Além disso, ao tornar os adolescentes protagonistas, elas convidam a uma prática responsável, impulsionando a produção de autonomia, ao exceder a forma tradicional. Dessa forma, as TDIC's são mais utilizadas no ambiente educacional e são ferramentas potentes para aproximar os adolescentes dos serviços

de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de jovens atuantes, críticos e reflexivos sobre soluções e necessidades de saúde (PEREIRA, 2011). Ademais, “O conhecimento e a aprendizagem são as formas pelas quais nos adaptamos às mudanças desse meio, e as novas tecnologias de informação e comunicação têm seu papel nestas questões epistemológicas” (SOFFNER, 2013, p.158).

Ao passo que as definições sobre a automutilação são amplas e se situam em um campo muito próprio dos sentimentos dos adolescentes, outro aspecto contemporâneo surge como um fator que traz ainda mais complexidade para o tema: a adolescência vive hoje a era da tecnologia e das ferramentas digitais de informação e comunicação, que propiciam uma interação instantânea com qualquer pessoa ou qualquer assunto (COSTA, 2013).

Diante da irreversibilidade das redes e das tecnologias em nossas vidas, é imprescindível que sejamos capazes de desenvolver nestes meios sua aptidão para a disseminação de informações que venham a agregar e aproximar as pessoas dos conhecimentos, além de garantir espaços em que os adolescentes se sintam confiantes para falar sobre seus medos e angústias, além de oferecer recintos de apoio mútuo, suporte e troca de experiências (SILVA; BOTTI, 2018).

Foi possível perceber que, justamente por suas particularidades, o Tumblr acabou por se tornar lugar de expressão da prática da autolesão e do sofrimento decorrente dessa prática. Os efeitos discursivos apontam para uma troca, realizada pelos adolescentes, do contato com pessoas conhecidas como família e amigos, para um contato mediado pelo virtual com pessoas desconhecidas. Um dos fatores que amplia a rede de postagens é a identificação com o seu conteúdo, além do fato de não existir o julgamento moral do ato de ferir a si mesmo, que comumente ocorre na materialidade (OTTO e SANTOS, 2016, p. 282-283).

As TDIC's estão voltadas para a estratégia de prevenção e manejo de automutilação em adolescentes, possibilita a comunicação e fortalece um ciclo de aprendizagem mútuo, voltado para ações que propiciem a integralidade do cuidado, tão defendida pela Atenção Primária à Saúde. Percebe-se, desta forma, o potencial de impactar diretamente alguns dos determinantes da saúde, visando a diminuição de custos relacionados ao tratamento e a complicações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO/ ABORDAGEM

Este é um ensaio de intervenção longitudinal e de abordagem quantiquantitativa, que desenvolveu uma intervenção educativa com apoio no método Círculo de Cultura, aplicado através de TDIC's na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE.

Estudos de intervenção ou ensaios comunitários fazem parte do grupo de estudos experimentais, que também incluem ensaios clínicos e experimentos de natureza laboratorial. Além disso, compreendem observações sistemáticas em condições controladas, implicando a exposição de um grupo populacional a uma intervenção introduzida pelo investigador e sob controle do processo de pesquisa (PEREIRA; BARRETO, 2012).

Nesse sentido, o desenho do estudo foi longitudinal, uma vez que foram coletadas as informações dos mesmos participantes do estudo, ao longo de um período, para permitir analisar os efeitos da intervenção educativa.

Conforme assinalam Almeida Filho e Roquayrol (2009), nos estudos longitudinais, os pesquisadores estão interessados na trajetória de vida dos sujeitos para permitir uma compreensão mais profunda sobre as relações entre as variáveis observadas. Os dados do estudo serão coletados em etapas distintas, desde o ponto inicial da exposição (o encontrado) até o momento posterior (após a intervenção).

Para tanto, a abordagem do estudo foi quantiquantitativa, haja vista a complexidade dos objetivos do estudo, sendo necessário utilizar-se de métodos mistos, ou seja, da abordagem quantiquantitativa (POLIT e BECK, 2011; LEOPARDI *et al.*, 2001).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Meruoca está localizado no noroeste do estado do Ceará, na serra de mesmo nome, e está há 257 km de distância da capital, Fortaleza. A população estimada é de 15.185 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,638. A renda principal da população está voltada a prestação de serviços ou vinculada à administração pública (IBGE, 2010). Ademais, a escolha do município deu-se por tratar-se do local de atuação profissional, onde foram feitas observações que despertaram o interesse pelo tema deste estudo.

Por conseguinte, o estudo foi realizado em uma escola de Ensino Fundamental II, escolhida por ser a da sede do município, que abarca 100% dos alunos dessa faixa etária de adolescentes. Além disso, essa escola sempre se mostrou aberta e interessada no desenvolvimento de projetos relacionados à saúde mental dos alunos. Ela está localizada na Avenida Irineu Coutinho Aguiar, s/n bairro: Divino Salvador, código do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP – 23017520; possui dezesseis turmas de ensino regular, com o total de 480 adolescentes matriculados, na faixa etária de 11 até 16 anos.

4.3 ETAPAS, PERÍODOS, PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em três etapas, compreendendo o período de agosto a outubro/2022, quando foram utilizados instrumentos e técnicas de coleta de dados diversas e distintas, detalhadas a seguir.

1ª etapa: Aplicação do questionário pré-teste.

A aplicação foi realizada no início do mês de agosto de 2022, antes de se iniciar a intervenção educativa. A amostragem foi não probabilística e por conveniência.

A amostragem não probabilística ocorre a partir de critérios estabelecidos previamente, sendo possível o pesquisador escolher os indivíduos para a realização do estudo.

Já a conveniência, se configura pela não obrigatoriedade de critérios estatísticos, ou seja, o pesquisador seleciona os participantes mais acessíveis (OLIVEIRA, 2001).

Para a primeira fase do estudo, foram convidados a participar 262 adolescentes, na faixa etária de 13 até 16 anos, regularmente matriculados nas turmas do 8º e 9º anos do Ensino Fundamental II, nos turnos manhã e tarde da escola participante. Os critérios de inclusão no estudo foram: estar matriculado na referida escola, na faixa etária selecionada e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: possuir algum tipo de deficiência ou disfunção que impossibilite o preenchimento do questionário ou não querer participar da pesquisa.

Inicialmente, foi realizada a tentativa de coleta de dados de forma online, através da disponibilização do link que dava acesso ao questionário pelo *Google Forms*. No dia anterior ao envio do questionário, foi realizada uma sensibilização nos dois turnos (manhã e tarde) e em todas as nove turmas: cinco de 8º ano e quatro de 9º ano. O objetivo do momento visou explicar brevemente a importância do tema, a não obrigatoriedade da participação e a obrigatoriedade do consentimento dos pais. Foi acordado um prazo de 7 dias para as respostas, tendo sido o período expandido após a finalização do prazo inicial.

Porém, mesmo diante da estratégia estabelecida houve baixa adesão por parte dos participantes, visto que apenas 103 (42%) responderam ao questionário de forma online. Diante disso, estabelecemos um novo acordo com a instituição e optamos por realizar a aplicação de forma presencial, na escola, durante o início das aulas e com o tempo de 50 minutos para a aplicação do questionário. A amostra final da primeira etapa do estudo foi de 245 adolescentes, o que corresponde a 93,5% dos matriculados nas turmas participantes, sendo 130 (53%) dos 8º anos e 115 (47%) dos 9º anos.

De acordo com o cálculo amostral para essa população, não tomando por base proporções esperadas para determinado comportamento, no total de 262 alunos e levando em consideração um erro de 5%, seriam necessários 159 participantes para que pudéssemos considerar a pesquisa representativa. Portanto, obteve-se, assim, quantidade superior à necessária e fortalecendo o nível de confiança na pesquisa.

O questionário pré-teste (APÊNDICE C) era composto com informações sociodemográficas como: idade; sexo; religião, série escolar; estado civil, escolaridade dos pais e perguntas relacionadas ao critério de classificação econômica da Associação Brasileira

de Empresas de Pesquisa (ABEP), para melhor traçar um perfil dos adolescentes participantes.

Com o intuito de verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, autoagressão e ideação suicida de adolescentes escolares, antes e após a intervenção, para efeito de comparação e verificar possíveis alterações, utilizou-se o Questionário de Impulsividade, autoagressão e ideação suicida para adolescente (QIAIS-A) de cunho psicométrico (ANEXO B).

O QIAIS-A (Nunes, 2012; Carvalho *et al.*, 2015) é um instrumento que foi criado em Portugal para composição de uma dissertação de mestrado na universidade de Açores, em 2012, tendo sido construído para o referido estudo, por entender que as escalas já existentes poderiam induzir ao erro com relação à definição de auto dano, por não fazerem distinção entre estes e o comportamento suicida ou, quando o fazem, incluem estas funções nos comportamentos do auto dano (NUNES, 2012, p.60).

A adaptação transcultural foi realizada por Peixoto (2019, p.275) que obteve autorização da “principal autora do QIAIS-A, Célia Barreto Carvalho, que autorizou a adaptação do instrumento original para o português brasileiro, bem como a realização de estudos das propriedades psicométricas do instrumento”.

De acordo com Peixoto (2019, p.275), com base nos apontamentos e sugestões dos que participaram da validação, apenas um item sofreu mudanças (segundo item da escala de Impulsividade) optando pela substituição da expressão “Os outros dizem que ando a mil por hora” por esta adaptação “Os outros dizem que ando muito apressado”.

O questionário tem como objetivo medir presença de ideação suicida, graus de impulsividade, existência de comportamentos autoagressivos e suas funções. Para tanto, conta com três escalas independentes: Impulsividade (16 itens), Autoagressão (14 itens) e Ideação Suicida (3 itens). Estes itens são classificados em uma escala *Likert* de quatro pontos que variavam de 0 = nunca acontece comigo; 1 = Acontece algumas vezes; 2 = Acontece muitas vezes; 3 = Acontece sempre.

Com relação à frequência dos comportamentos, a escala estabelece valores de marcação. Para o comportamento auto dano, a pontuação pode ir de 0 a 24 e é dividida em cinco grupos: inexistente, pontuação igual a 0; fraca quando a pontuação está entre 1 e 6;

moderada nos valores de 7 a 12; levada quando a pontuação está entre 13 e 18; é muito elevada quando a pontuação está entre 19 e 24 valores.

Já em se tratando da frequência do comportamento ideação suicida, que pode ir do 0 ao 9, foi dividida em quatro grupos: Inexistente, pontuação igual a 0; moderada, pontuação entre 1 e 3; elevada, pontuação entre 4 e 6; e muito elevada, pontuação entre 7 e 9 valores.

Com relação aos comportamentos relacionados à impulsividade, temos uma especificidade por conta dos itens 6, 9, 13 e 15, que são relacionados ao controle de impulsos, que são formulados de forma positiva, e por isso a análise do valor para a impulsividade deve ser invertida. No tocante aos itens que compõem Impulsividade, que vai de 0 a 36, é dividida em cinco grupos: inexistente, pontuação igual a 0; fraca quando a pontuação está entre 1 e 9; moderada nos valores de 10 a 18; elevada quando a pontuação está entre 19 e 27; é muito elevada quando a pontuação está entre 28 e 36 valores. Nos itens relacionados ao controle da impulsividade seguimos os menos valores e forma de medida, porém, caso queiramos calcular a variável impulsividade apenas, como mencionado, devemos inverter a ordem (NUNES, 2012).

O questionário conta ainda com 31 itens destinados à avaliação das “Funções do comportamento autoagressivo”. Esses itens aceitam respostas dicotômicas "sim" ou "não". Esta seção só é respondida se o adolescente já tiver marcado algum comportamento autolesivo na outra escala. Em síntese, quanto maior for a pontuação final nos respectivos fatores, maior a impulsividade, mais frequentes a prática de autoagressão e ideação suicida.

A análise fatorial da QIAIS-A resulta em três fatores: Impulso, Auto dano e Ideação suicida; sendo que o referente ao Impulso contém duas dimensões: Impulso/Hipercinesia e Autocontrole do impulso; e o referente ao Auto dano contém três dimensões: Auto dano propriamente dito, Auto-dano com recurso a objetos e Auto-dano associado a comportamentos de risco. A escala apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .77 para o fator impulso, .88 para o fator autodano, .94 para as funções do auto-dano e .82 para a ideação suicida. Apresenta, ainda, um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .85 para o seu total (33 itens), sem o fator nominal referente às funções e um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total (64 itens).

Como forma de qualificar o estudo e considerando a adolescência como um período do desenvolvimento humano em constantes mudanças corporais e os possíveis impactos dessa não aceitação da autoimagem nos comportamentos de autoagressão, foi solicitado o

preenchimento da escala de silhueta de *Stunkard* (ANEXO C), que foi utilizada como forma de autoavaliação pelos participantes.

2ª etapa: Intervenção Educativa Híbrida

Para a segunda etapa deste estudo foram selecionadas duas turmas, ambas do 9º ano: uma que passaria pela intervenção educativa, a qual vamos chamar de grupo intervenção (GI), e outra que não participaria da intervenção, que vamos chamar de grupo controle (GC). Esta divisão tem como finalidade avaliar quantitativamente, posteriormente, se houver mudanças nos comportamentos dos adolescentes antes e após a intervenção.

Assim, a seleção dos grupos foi realizada com base nos resultados do questionário aplicado no pré-teste, sendo avaliados os resultados dos escores do QIAIS- A por turma, para os comportamentos relativos à impulsividade, auto dano e ideação suicida e os seus valores de frequência. Para além disso, foi considerada a porcentagem de estudantes por turma que responderam ao questionário como indicativo de interesse pelo tema, e a quantidade que responderam online, por se tratar de uma intervenção de caráter híbrido e que necessitaria do acesso dos estudantes internet. Esta seleção foi realizada entre as 9 turmas participantes da pesquisa.

O GI foi composto por uma de turma de 32 (trinta e dois) adolescentes do 9º Ano A, turno manhã, faixa etária de 14 a 16 anos. Na análise geral obtivemos respostas de 23 (71,87%) dos questionários, sendo 13 (56,55%) destes respondidos de forma online. Com relação aos comportamentos de impulsividade, a média dos valores da turma é de $M= 19,21$, o que indica frequência elevada para o comportamento; auto dano com $M= 3,73$ o que coloca a turma dentro da definição fraca para frequência do comportamento e a frequência elevada para o comportamento de ideação suicida através da $M= 3,95$.

Com relação ao GC, foi composto por uma turma de 30 (trinta e dois) adolescentes do 9º Ano D, turno tarde, faixa etária entre 14 a 15 anos. Na análise geral, obtivemos respostas de 21 (70%) dos questionários, sendo 6 (28,57%) destes respondidos de forma online. Com relação aos comportamentos de impulsividade, a média dos valores da turma é de $M= 17,90$, o que indica frequência moderada para o comportamento; auto dano com $M= 5,90$ o que coloca a turma dentro da definição fraca para frequência do comportamento e a frequência elevada para o comportamento de ideação suicida através da $M= 4,28$. Vale ressaltar que não foi comunicado de forma prévia sobre a intervenção ou possível participação no pós - teste.

Após a análise de que mesmo com pequenas alterações na média, ambas as turmas ficaram dentro dos mesmos valores de frequência para os comportamentos de auto dano e ideação suicida, fraca e elevada, respectivamente, e que o 9ºA apresentou com relação ao comportamento impulsividade, frequência elevada em comparação ao 9ºD, que teve uma frequência moderada. Juntando ao fato de que na turma A houve maior participação na resposta do questionário e na forma online de resposta, optou-se pela divisão anteriormente exposta com relação aos grupos, ficando clara a não obrigatoriedade da participação.

A intervenção educativa ocorreu de maneira híbrida, com encontros presenciais na escola e online, mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE. Para tanto, foi desenvolvida entre os meses de agosto a setembro de 2022, sendo realizados 6 (seis) encontros com periodicidade semanal. O primeiro encontro presencial (encontro de apresentação) foi voltado para a apresentação dos facilitadores, explicações da metodologia, criação de vínculo e convite aos participantes; já o último (encontro de avaliação), foi direcionado para o encerramento responsável das atividades e avaliação geral dos processos pelo qual eles haviam passado, ambos não possuíam caráter interventivo. Os outros quatro encontros, que constituíam a intervenção propriamente dita, foram realizados de forma híbrida, sendo o primeiro e o terceiro presenciais e o segundo e quarto no formato online.

Acerca dos encontros presenciais, 2 (dois) foram realizados na própria escola e com o horário acordado com a direção da instituição, de forma que não houvesse prejuízo ao conteúdo programado pelos docentes; os outros 2 (dois) encontros virtuais aconteceram no contraturno das atividades da escola, também pactuados com a direção, e aconteceram através do *Google Meet*, plataforma utilizada pelos estudantes durante o período de pico da pandemia em 2020 e 2021, quando estiveram em aulas remotas, a fim de facilitar o manejo dos estudantes na plataforma. A duração dos momentos com os estudantes ficou entre os 60 (sessenta) minutos, atrelado ao tempo de aula nos encontros presenciais e ao envolvimento dos estudantes e contribuições para a construção dos produtos nos encontros virtuais.

Segue no Quadro 3 a descrição das temáticas, objetivos e formatos dos 6 (seis) encontros da intervenção educativa:

Quadro 3 - Apresentação das temáticas, objetivos e formatos dos encontros da intervenção educativa híbrida com adolescentes escolares em Meruoca. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Encontro	Temática	Objetivo	Formato
----------	----------	----------	---------

Encontro de apresentação	Vamos nos conhecer melhor?	Apresentação dos facilitadores; Breve explanação acerca do projeto; Captura de palavras geradoras; Explicar ao grupo a metodologia utilizada; Estabelecer de forma mútua as regras de convivência; Criação de vínculo com os adolescentes.	Presencial
1º Encontro	Saúde Mental e adolescência	Iniciar o círculo de cultura; Trabalhar com palavras geradoras através das fichas de cultura; Garantir espaço de fala para os adolescentes;	Presencial
2º Encontro	Automutilação e autoimagem.	Resgatar as discussões do encontro anterior; Trabalhar com palavras geradoras através das fichas de cultura; Favorecer o processo crítico reflexivo através das TDIC's (Padlet).	Online
3º Encontro	Novos conhecimentos.	Agregar novos conhecimentos através de textos como ferramenta disparadora e construção de aprendizado significativo; Promover a prática crítica reflexiva diante da realidade.	Presencial
4º Encontro	Sintetizando os conhecimentos.	Trabalhar com palavras geradoras através das fichas de cultura; Produzir um compilado sobre os diversos	Online

		assuntos abordados e facilitar a construção de uma síntese;	
Encontro de Avaliação	O que vocês acharam?	Avaliar o processo de intervenção através do círculo de cultura e da utilização das TDIC's na prevenção da automutilação;	Presencial

Fonte: Elaborado pela autora.

A base teórica para a metodologia foi o círculo de cultura de Paulo Freire, utilizando estratégias como: palavras geradoras e fichas de cultura, no intuito de convidar os adolescentes a participarem de forma atuante dos encontros, sendo capazes de produzir novos conhecimentos de forma coletiva.

Explicando o conceito, é Círculo porque todos estão em volta de uma equipe de trabalho que não tem um professor ou um alfabetizador, mas um animador de debates que, como um companheiro alfabetizado, participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem. O animador coordena um grupo que não dirige e, a todo momento, anima um trabalho orientando uma equipe cuja maior qualidade deve ser a participação ativa em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo no círculo (BRANDÃO, 2004, p.23).

Assim, a construção das palavras geradoras é conhecida como “levantamento do universo vocabular” (FREIRE, 1991), “investigação do universo temático” (FREIRE, 2008). Mesmo com nomes diferentes, permanece a ideia de que a cultura daqueles que falam precisa ser descoberta e investigada. Apenas a partir dessa investigação e descoberta é que podem ser criadas as fichas de culturas que serão utilizadas em encontros posteriores.

Para Brandão (2004), as fichas de cultura têm como finalidade:

Levar o grupo de educandos a rever criticamente conceitos fundamentais para pensar-se e ao seu mundo; motivá-lo para assumir, crítica e ativamente, o trabalho de alfabetizar-se. Quando você chegar nas últimas páginas do livro, leitor, descobrirá o que de certo já sabe, ou já imagina. O trabalho com as fichas de cultura introduziu questões, inaugurou conceitos e convidava a ideias de um pensar que é, na verdade, o do próprio fundamento do método: de sua filosofia e de sua pedagogia.

Quanto ao material de leitura, utilizado no terceiro encontro da intervenção, visando agregar novos conhecimentos, foi selecionada a cartilha Saúde mental de adolescentes e jovens (SCAVACINI, 2021), publicadas pelo UNICEF, por se tratar de uma leitura de fácil compreensão e que não provocasse a dispersão por parte dos participantes.

Os enfoques foram nos itens: Primeiros socorros emocionais; Guia de autocuidado: ser adolescente e jovem que se cuida! Com o enfoque nos tópicos: Saber lidar com as dificuldades; O que é autocuidado? Formas de Autocuidado.

Para tanto, os instrumentos de coleta utilizadas na intervenção foram: 1) Diário de campo: Os facilitadores registraram livremente as informações, apreensões, percepções e sentimentos seguindo as categorias: a) Componentes da intervenção através da programação e aceitação dos participantes; b) Frequência individual dos participantes em cada encontro; c) Potencialidades e fragilidades de cada encontro. 2) A transcrição dos encontros com a devida supressão dos nomes dos participantes; 3) Avaliação por Encontro: Durante os encontros foram utilizados instrumentos de avaliação com a linguagem do público-alvo, possibilitando a manifestação anônima dos estudantes, seja no formato presencial ou através de *link* do *Google Forms* (APÊNDICE E), disponibilizado no chat durante os encontros online propiciando a manifestação de acordo com o grau de satisfação dos participantes de forma dissertativa.

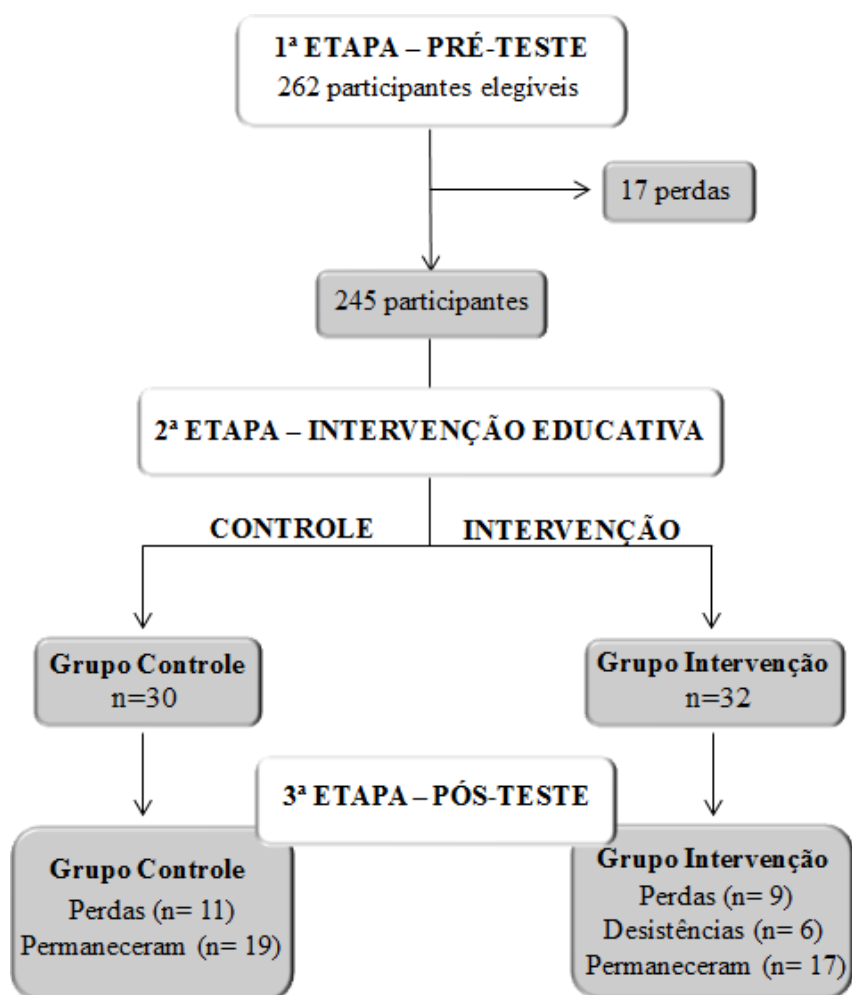
3ª Etapa: aplicação do pós-teste.

O questionário pós-teste foi realizado no mês de Outubro de 2022, ou seja, um mês após a finalização da intervenção educativa, com a finalidade de comparar os resultados obtidos antes (pré-teste) e após (pós-teste) a intervenção educativa, averiguando se houve efeito desta na prevenção da automutilação. A escolha do intervalo de tempo entre o pré e o pós teste teve como intenção verificar que houve retenção de conhecimento, optando por um período não tão longo devido à velocidade com que as transformações acontecem nesta faixa etária.

Foram convidados a responder novamente ao QIAIS-A e à Escala de Stunkard (pós-teste) os estudantes do grupo de intervenção (GI) que responderam ao pré-teste, tiveram pelo menos 75% de frequência nos encontros da intervenção e manifestaram interesse em responder ao questionário, no total de 17 (dezessete) adolescentes. Para o grupo controle (GC) seria necessário apenas ter respondido ao pré-teste e possuir interesse.

Com o propósito de facilitar o entendimento com relação aos participantes deste estudo nas suas etapas, construímos um fluxograma que resume as mudanças no número de adolescentes no decorrer do processo.

Figura 2 - Fluxograma de participantes da pesquisa nas três etapas do estudo. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O material empírico produzido foi descrito de acordo com a natureza dos indicadores provenientes de cada método quanti e qualitativo, que caracterizaram uma multimodalidade de dados considerados relevantes.

Os dados quantitativos obtidos foram analisados conforme as instruções de análise do Questionário de Impulsividade, autoagressão e ideação suicida para adolescente QIAIS-A (Nunes, 2012; Carvalho *et al.*, 2015) e a Escala de Stunkard (Stunkard *et al.*, 1983) a partir de então, possibilitando a descrição do panorama geral sobre as condições sociodemográficas

dos participantes, a forma como se comportam com relação à impulsividade, à autoagressão e à ideação suicida, bem como sobre a autoavaliação de sua autoimagem. A organização desses dados foi realizada através de uma sistematização em bancos de dados e planilhas compartilhadas pelo *Google Docs* Planilhas. A junção dos dados para a transformação em informação foram analisados pelo Software de programação estatística R versão 4.1.2. para Windows e apresentados em tabelas.

As características dos adolescentes, no tocante a impulsividade, auto dano e ideação suicida foram apresentadas por meio de estatística descritiva, em frequências absoluta e relativa (%). As comparações entre variáveis foram realizadas usando os testes exatos de *Fisher* e de *Wilcoxon*, considerando intervalos de confiança de 95% (IC95%) e p-valor inferior a 0,05 ($p < 0,05$), como referências para significância estatística.

Foi feita uma descrição dos encontros da intervenção educativa utilizando os prints da tela e imagens dos encontros presenciais. Ademais, as informações foram obtidas no contato com os adolescentes através do que foi captado nos diários de campo e no produto resultante da avaliação final da intervenção educativa. Estes foram organizados e analisados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma ferramenta metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que formam um dado imaginário. Ele organiza e tabula dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através de entrevistas, depoimentos, artigos de jornal, cartas, etc., e analisa as ideias centrais e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões - chave extraídas dos relatos e enunciados (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

4.5 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Para Figueiredo, Chiari e Goulart (2013), a técnica do DSC representa uma mudança nas pesquisas qualitativas, porque permite que se conheçam os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema, utilizando-se de métodos científicos, pois o desafio que o método busca responder é o da auto expressão do pensamento ou opinião coletiva.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), em sua elaboração as expressões chaves (ECH), as ideias centrais (IC) e as ancoragens (AC) são figuras metodológicas, sendo organizadas em Instrumentos de Análise do Discurso (IAD) com a finalidade de melhor organizar essas figuras. As ECHs são pedaços ou trechos do discurso que refletem o conteúdo das teorias ou representações, através de descrições literais dos depoimentos. Dessa forma, a IC é a expressão linguística que, de maneira precisa, descreve e apresenta o sentido que está contido nos depoimentos. Já a AC, é a manifestação que os autores professam de uma teoria,

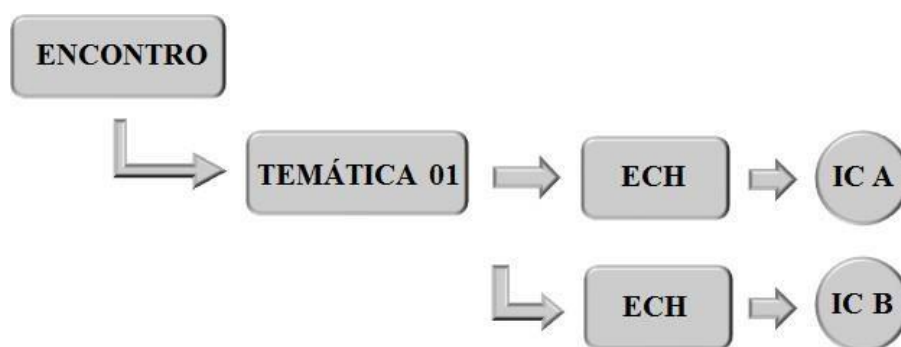
ideologia ou crença, uma afirmação genérica para tratar de uma situação específica. A finalização do DSC dá-se através da elaboração da síntese, da construção de um único discurso, escrito em primeira pessoa do singular através da junção das ECHs que apresentam as ICs e ACs semelhantes.

Para fins ilustrativos, os procedimentos para elaboração dos DSCs neste trabalho foram divididos em duas etapas distintas e complementares:

4.5.1 Etapa 1: Transcrição dos 4 (quatro) encontros; inserção do texto de cada temática na primeira coluna do Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1 – APÊNDICE D); seleção das ECH de cada uma das falas; e identificação das IC/AnC de cada uma das ECH por encontro (Figura 3).

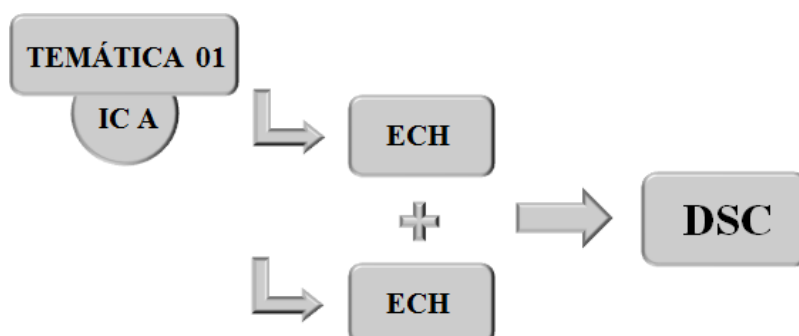
4.5.2 Etapa 2: Transposição das ECH de cada agrupamento de IC/AnC (de todos os sujeitos para cada temática) para a primeira coluna do Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2 – Apêndice; onde se efetuará a edição do texto, colocando-o na primeira pessoa do singular, eliminando as passagens que identificam sujeitos, locais e situações específicos, e colocando-se expressões de ligação adequadas à inteligibilidade do DSC (Figura 4).

Figura 3 - Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 1). Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 - Procedimento para a elaboração dos DSC (Etapa 2). Sobral, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 - Exemplo de construção de um Discurso do Sujeito Coletivo. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

ENCONTRO 2	ECHs	IC	AGRUPAMENTO IC	DSC
AUTOMUTI LAÇÃO	E1. <i>As pessoas que sofrem com isso de automutilação, é pra aliviar as dores.</i> E2. <i>- A pessoa que se machuca por se sentir angustiado, sozinho.</i> E4. <i>- Uma forma de aliviar sua dor ou raiva.</i> E5. <i>- Eu acho que no momento da crise de uma pessoa seria como um gatilho para aliviar o que está sentindo no momento.</i>	Automutilação como forma de alívio de dores; Automutilação por solidão e angústia; Automutilação como forma de alívio de dor e raiva; Automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento.	Automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento.	<i>As pessoas que se automutilam, ao se verem em um momento de crise entendem o ato como uma forma de alívio diante da dor, raiva, angustia ou outro sentimento ruim naquele momento.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi norteado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Primeiramente, ocorreu o contato com a escola selecionada no município, a explicação sobre os objetivos do estudo para a direção, esclarecimentos de dúvidas pertinentes e o pedido de autorização para a realização do estudo, tendo sido obtida a assinatura da carta de anuência da instituição. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), tendo sido aprovado e possuindo o número do CAAE: 57251022.2.0000.5053; posterior à aprovação, deu-se início à coleta de dados.

Para garantir o anonimato dos adolescentes, a identificação dos questionários foi realizada através do formulário para geração do código de acesso sigiloso (ANEXO A), juntamente com o Termo de consentimento livre esclarecido - TCLE (APENDICE) e Termos de Assentimento Livre Esclarecido - TALE (APENDICE). Ademais, os questionários que foram respondidos de forma virtual solicitaram a “assinatura” dos pais e/ou responsáveis do TCLE, como critério obrigatório para a continuidade do acesso. Para o público que respondeu de forma presencial, os TCLE e o TALE foram entregues dois dias antes para que os participantes levassem respondidos no dia da aplicação.

No questionário, além dos termos, na página inicial, foi feita a apresentação da pesquisa, com seus objetivos e finalidade. Assim como informado, a participação possuía caráter não obrigatório. Além disso, foi garantido o sigilo e anonimato das informações e explicado o direito de retirar seu consentimento no momento que desejasse.

Com o intuito de diminuir os riscos psicológicos dessa pesquisa, por se tratar de um tema sensível para o público, foi ofertado o serviço de plantão psicológico, de caráter não obrigatório, para os estudantes que participaram da intervenção e que comunicassem o interesse. O plantão foi ofertado nos dias em que aconteceram os encontros presenciais.

[...] Pode-se definir o Plantão Psicológico como um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração pré determinada, objetivando receber qualquer pessoa no momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros Serviços. Tanto o tempo da consulta quanto o

retorno dependem de decisões conjuntas do plantonista e do cliente, tomadas no decorrer da consulta [...] (TASSINARI, 1999, p.11).

Antes da realização do primeiro encontro, para além da anuência da escola municipal, foi estabelecido contato com a Secretaria de Saúde do município, através da coordenadora da Atenção Primária e com os profissionais psicólogos que atuam na pasta, a fim de estabelecer junto desse serviço uma rede de apoio aos adolescentes que demandam um cuidado continuado de práticas psicoterápicas. Como outra estratégia para a possível demanda foi divulgado a Plataforma: “Pode Falar”, que é um canal de ajuda em Saúde Mental do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em parceria com o governo, organizações da sociedade civil e setor privado na faixa etária de 13 aos 24 anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são expressos os resultados da investigação, evidenciando as principais características sociodemográficas, e as relacionadas ao questionário de impulsividade, auto dano e ideação suicida (QUAIS-A), bem como dados relacionados à autoimagem obtidos através da escala de silhueta de *Stunkard*. Em seguida, faz-se a descrição da intervenção educativa híbrida, discorrendo sobre a metodologia utilizada, o uso das TDIC's como ferramentas na educação em saúde e avaliação dos participantes. Finalmente, é apontado o resultado das comparações entre os valores de impulsividade, auto dano e ideação suicida antes e após a intervenção.

Concomitante à exposição dos resultados, vão se tecendo discussões acerca dos achados através da comparação com outros estudos, a fim de qualificar e aprofundar esta pesquisa, que teve como objetivo principal desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção educativa que utiliza como método o Círculo de Cultura aplicado através de TDIC's na prevenção da automutilação em adolescentes, bem como compreender as percepções dos participantes acerca do uso das tecnologias na intervenção educativa. Em um segundo momento, o estudo objetivou verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, autoagressão e ideação suicida de adolescentes escolares antes e após a intervenção, elaborando um DSC com as temáticas mais relevantes, construído através da fala e da escrita dos adolescentes.

Salienta-se que foi possível a realização de todas as etapas inicialmente previstas.

5.1 PRIMEIRA ETAPA: CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 1, apresenta a caracterização sociodemográfica dos adolescentes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos adolescentes do estudo. Sobral, CE, Brasil, 2022.

		N	%
Sexo	Feminino	119	48,57
	Masculino	126	51,43
Faixa Etária	10 – 13 anos	91	37,14
	14 – 16 anos	154	62,85
Raça	Branca	36	14,69
	Indígena	7	2,86
	Outra	6	2,45
	Parda	170	69,39
	Preta	26	10,61
Religião	Católica	165	67,35
	Espírita	3	1,22
	Evangélica	32	13,06
	Nenhuma	38	15,51
	Outra	7	2,86
Orientação Sexual	Heterossexual	197	80,41
	Homossexual	12	4,9
	Outros	36	14,69
Estado Civil	Com parceiro fixo	30	12,24
	Solteiro	215	87,76
Zona de Residência	Rural	48	19,59
	Urbana	197	80,41
Deslocamento até a Escola	Bicicleta	3	1,22
	Caminhando	99	40,41
	Carro	21	8,57
	Moto	62	25,31
	Ônibus	52	21,22
	Outros	8	3,27
Mora com	Com outras pessoas	2	0,82
	Com outros familiares	22	8,98
	Com pai e mãe e irmãos	164	66,94
	Só com a mãe com ou sem irmãos	53	21,63
	Só com o pai com ou sem irmãos	4	1,63
Grau de instrução do chefe de família	Analfabeto/Fundamental I incompleto	29	11,84
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	41	16,73
	Fundamental completo/Médio incompleto	54	22,04
	Médio completo/Superior incompleto	59	24,08
	Superior completo	62	25,31
	Analfabeto/Fundamental I incompleto	29	11,84

Renda Familiar	Até 1 SM	55	22,45
	De 1 a 2 SM	17	6,94
	De 2 a 3 SM	27	11,02
	De 3 a 4 SM	8	3,27
	Mais que 4 SM	2	0,82
	Não sei	136	55,51
Total		245	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se que a amostra apresentou um total de 245 participantes, homens (n=126, 51,43%) e mulheres (n=119, 48,57%); portanto, a faixa etária na qual se concentrou mais da metade dos adolescentes foi de 14 a 16 anos, sendo 154 (62,85%) do total. Assim, teve como média: 13,79 anos e desvio padrão de 0,73. Para a análise da faixa etária foi realizada divisão de acordo com a OMS, que afirma que esse período pode ser dividido em três fases: inicial, que compreende a faixa etária de 10 a 13 anos; intermediária, de 14 a 16 anos; e final, de 17 a 19 anos (WHO, 2005). Com relação a este estudo, mais da metade dos participantes estão inseridos na fase intermediária da adolescência.

No quesito autodenominação da raça/cor, 170 (69,39%) afirmaram ser pardos; no tocante à religião, 165 (67,35%) estudantes declararam-se católicos; sobre a orientação sexual, 197 (80,41%) alunos se declararam heterossexuais; com relação ao estado civil, os adolescentes, em sua maioria 215 (87,76%), eram solteiros e sem parceiro fixo.

Quanto ao local onde residem, a maioria 197 (80,41%) mora na zona urbana e 99 (40,41%) realizam o deslocamento até a escola caminhando. No item “mora com quem”, predominou morar com pai e mãe e/ou irmãos, 164 (66,94%). Porém cabe ressaltar que houve distribuição de participantes em todos os itens dessa variável, demonstrando que existe uma diversidade nos tipos de família.

Em uma cartilha voltada para os pais dos adolescentes, Brasil (2016) afirma:

“é fundamental que eles e elas encontrem nas suas famílias - nuclear e em outras configurações familiares que se organizam hoje na nossa sociedade - a confiança para falar de suas inseguranças e de suas dúvidas, pedir orientação, um esclarecimento, pedir para ser ouvido, e, se necessário, terem o apoio que estejam precisando para realizar a grande trajetória de construir seu projeto de futuro e uma vida saudável.”

Acerca do grau de instrução dos pais/responsáveis dos adolescentes, percebemos uma distribuição mais equitativa, visto que o item mais marcado, curso superior completo, foi

indicado por 62 (25,31%) da amostra. Já em relação à renda mensal, medida em salários mínimos, um pouco mais da metade dos adolescentes 136 (55,51%) afirmaram não saber o valor da renda familiar.

Diante do fato da falta de informação por parte dos adolescentes não é possível obter a real situação econômica na qual os participantes estão inseridos. Porém, a parcela de participantes que sabem a renda familiar, 109 adolescentes no total, aponta que 55 (50,45 %) desta tem como renda até um salário mínimo, o que é indicativo de vulnerabilidade social.

Em um estudo realizado em Alcântaras - Ceará, cidade vizinha ao local do estudo, também de pequeno porte e com características econômicas parecidas, realizado com 197 adolescentes, na faixa etária de 12 a 17 anos, os resultados obtidos mostraram que 147 (73,5%) da amostra possuem renda de até um salário mínimo (FROTA, 2020).

Para Souza (2019):

“Nesse sentido, é possível inferir que, para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, o sofrimento psíquico atinge maior amplitude, sendo que as condições socioeconômicas têm grande impacto na qualidade de vida e bem-estar de pessoas e grupos com menores recursos. Ainda, as pessoas que sobrevivem nessas condições estão expostas à uma série de eventos de vida potencialmente adversos, o que trará consequências para as relações familiares e comunitárias”.

A Tabela 2, apresenta a distribuição dos participantes por tipo de comportamento impulsivo, de acordo com a frequência.

Tabela 2 - Distribuição do número de adolescentes por tipo de comportamento impulsivo.
Sobral, CE, Brasil, 2022.

	IMP	N	%
Faço coisas sem pensar nas consequências.	0 - Nunca acontece comigo	72	29,39
	1 - Acontece-me algumas vezes	110	44,9
	2 - Acontece-me muitas vezes	28	11,43
	3 - Acontece-me sempre	35	14,29
Os outros dizem que ando muito apressado.	0 - Nunca acontece comigo	144	58,78
	1 - Acontece-me algumas vezes	62	25,31
	2 - Acontece-me muitas vezes	18	7,35
	3 - Acontece-me sempre	21	8,57
Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.	0 - Nunca acontece comigo	132	53,88
	1 - Acontece-me algumas vezes	75	29,39
	2 - Acontece-me muitas vezes	15	6,12
	3 - Acontece-me sempre	26	10,61

Perco a paciência muitas vezes.	0 - Nunca acontece comigo	32	13,06
	1 - Acontece-me algumas vezes	78	31,84
	2 - Acontece-me muitas vezes	58	23,67
	3 - Acontece-me sempre	77	31,43
Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.	0 - Nunca acontece comigo	70	28,57
	1 - Acontece-me algumas vezes	105	42,86
	2 - Acontece-me muitas vezes	37	15,1
	3 - Acontece-me sempre	33	13,47
Termino as tarefas que começo.	0 - Nunca acontece comigo	70	28,57
	1 - Acontece-me algumas vezes	56	22,86
	2 - Acontece-me muitas vezes	84	34,29
	3 - Acontece-me sempre	35	14,29
É difícil para mim controlar as emoções.	0 - Nunca acontece comigo	69	28,16
	1 - Acontece-me algumas vezes	81	33,06
	2 - Acontece-me muitas vezes	43	17,55
	3 - Acontece-me sempre	52	21,22
Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.	0 - Nunca acontece comigo	124	50,61
	1 - Acontece-me algumas vezes	68	27,76
	2 - Acontece-me muitas vezes	27	11,02
	3 - Acontece-me sempre	26	11,61
Gosto de planejar o que faço com tempo.	0 - Nunca acontece comigo	50	20,41
	1 - Acontece-me algumas vezes	41	16,73
	2 - Acontece-me muitas vezes	90	36,73
	3 - Acontece-me sempre	64	26,12
Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.	0 - Nunca acontece comigo	120	48,98%
	1 - Acontece-me algumas vezes	60	24,49%
	2 - Acontece-me muitas vezes	30	12,24%
	3 - Acontece-me sempre	35	14,28%
Para mim é difícil ficar quieto.	0 - Nunca acontece comigo	85	34,69
	1 - Acontece-me algumas vezes	67	27,35
	2 - Acontece-me muitas vezes	39	15,92
	3 - Acontece-me sempre	54	22,04
Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que possa me prejudicar (ex.: álcool, comida, jogo).	0 - Nunca acontece comigo	126	51,43
	1 - Acontece-me algumas vezes	59	24,08
	2 - Acontece-me muitas vezes	28	11,43
	3 - Acontece-me sempre	32	13,06
Sou cuidadoso (a).	0 - Nunca acontece comigo	76	31,02
	1 - Acontece-me algumas vezes	52	21,22
	2 - Acontece-me muitas vezes	71	28,98
	3 - Acontece-me sempre	46	18,78
Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.	0 - Nunca acontece comigo	127	51,84
	1 - Acontece-me algumas vezes	70	28,57
	2 - Acontece-me muitas vezes	24	9,8
	3 - Acontece-me sempre	24	9,8

É fácil concentrar-me.	0 - Nunca acontece comigo	47	19,18
	1 - Acontece-me algumas vezes	52	21,22
	2 - Acontece-me muitas vezes	96	39,18
	3 - Acontece-me sempre	50	20,41
É difícil esperar numa fila.	0 - Nunca acontece comigo	99	40,41
	1 - Acontece-me algumas vezes	71	28,98
	2 - Acontece-me muitas vezes	39	15,92
	3 - Acontece-me sempre	36	14,69
Total		245	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se observar que 213 (86,93%) adolescentes afirmaram que já tiveram algum comportamento relacionado à impulsividade, uma quantidade significativa, mesmo ao tratarmos de pessoas que estão no período de desenvolvimento da adolescência, fator que pode indicar uma dificuldade no manejo de suas emoções.

A adolescência, se comparada com a maioridade, tem uma presença maior de comportamentos impulsivos e de menor capacidade de controle inibitório, aumentando assim a possibilidade de comportamentos de risco (COUTINHO *et al.*, 2013).

Dentre as atitudes que estavam no questionário, a afirmativa: “Perco a paciência muitas vezes” foi a mais apontada pelos adolescentes; seguida de “É difícil para mim controlar as emoções”, com 176 (71,83%); e “Digo a primeira coisa que me vem a cabeça”, com 175 (71,42%). O comportamento impulsivo de “Perder a paciência” foi também o que aconteceu com mais frequência, ou seja, os participantes afirmaram que este comportamento “acontece-me sempre” (pontuação 3).

Os itens que configuram os comportamentos: Controle da impulsividade (“Termino as tarefas que começo”; “Gosto de planejar o que faço com tempo”; “Sou cuidadoso” e “É fácil concentrar-me”) também foram bem pontuados pelos participantes. O comportamento: “Sou cuidadoso” foi o que apresentou maior prevalência de inexistência (pontuação 0): 76 (31,02%) dos adolescentes afirmaram nunca serem cuidadosos. No tocante aos outros comportamentos, os participantes afirmaram em sua maioria que, muitas vezes (pontuação 2), “é fácil me concentrar”, “planejar o que faço com meu tempo” ou “terminar o que começo”.

Diante dos dados, podemos perceber que a mesma população possui comportamentos impulsivos e também comportamentos de controle dessa impulsividade, o que só corrobora com o momento do desenvolvimento de que se trata a adolescência, cheio de mudanças e ambivalências. Ademais, em determinado momento, o mesmo adolescente experiencia a vivência do impulso incontrolável que o leva a fazer coisas sem pensar e ao mesmo tempo tem a habilidade para planejar e manejar da forma adequada os rompantes típicos dessa fase.

Diante esse cenário em que a personalidade está sendo formada, alguns adolescentes

não conseguem administrar tais transformações e mudanças em seu corpo e personalidade, tornando-se seres vulneráveis, pois essa frágil situação em que encontram-se acaba por deixá-los influenciáveis, já que estão tentando trilhar seus próprios caminhos e construir sua percepção de mundo, o que gera frustração quando não conseguem atingir seus objetivos, e com isso desenvolvem um processo de sofrimento interno que muitas vezes são expressos através de cortes, queimaduras, dentre outras formas de amenizar esse sentimento (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Estabelecendo a correlação da impulsividade com a Automutilação, a Tabela 3 apresenta a distribuição do número de adolescentes por tipo de comportamento de auto dano, de acordo com a frequência.

Tabela 3 - Distribuição do número de adolescentes por tipo de comportamento de auto dano.

Sobral, CE, Brasil, 2022.

AD		N	%
Me machuco ou me agrido voluntariamente, isto é, de propósito.	0 - Nunca acontece comigo	187	75,51
	1 - Acontece-me algumas vezes	27	11,02
	2 - Acontece-me muitas vezes	12	4,9
	3 - Acontece-me sempre	21	8,57
Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).	0 - Nunca acontece comigo	199	81,22
	1 - Acontece-me algumas vezes	22	8,98
	2 - Acontece-me muitas vezes	14	5,71
	3 - Acontece-me sempre	10	4,08
Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito.	0 - Nunca acontece comigo	186	75,92
	1 - Acontece-me algumas vezes	30	12,24
	2 - Acontece-me muitas vezes	13	5,31
	3 - Acontece-me sempre	16	6,53
Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito. (almofada, por exemplo).	0 - Nunca acontece comigo	177	72,24
	1 - Acontece-me algumas vezes	37	15,1
	2 - Acontece-me muitas vezes	15	6,12
	3 - Acontece-me sempre	16	6,53
Corto certas partes do meu corpo de propósito. (com lâminas, tesouras, facas, estilete, etc.).	0 - Nunca acontece comigo	202	82,45
	1 - Acontece-me algumas vezes	11	4,49
	2 - Acontece-me muitas vezes	13	5,31
	3 - Acontece-me sempre	19	7,76
Queimo certas partes do meu corpo de propósito. (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).	0 - Nunca acontece comigo	229	93,47
	1 - Acontece-me algumas vezes	14	5,71
	2 - Acontece-me muitas vezes	1	0,41
	3 - Acontece-me sempre	1	0,41
Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo de propósito.	0 - Nunca acontece comigo	219	89,39
	1 - Acontece-me algumas vezes	15	6,12
	2 - Acontece-me muitas vezes	7	2,86
	3 - Acontece-me sempre	4	1,63

Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.	0 - Nunca acontece comigo	225	91,84
	1 - Acontece-me algumas vezes	11	4,49
	2 - Acontece-me muitas vezes	6	2,45
	3 - Acontece-me sempre	3	1,22
Abuso excessivamente de álcool.	0 - Nunca acontece comigo	208	84,9
	1 - Acontece-me algumas vezes	27	11,02
	2 - Acontece-me muitas vezes	4	1,63
	3 - Acontece-me sempre	6	2,45
Abuso excessivamente de drogas leves.	0 - Nunca acontece comigo	229	93,47
	1 - Acontece-me algumas vezes	8	3,27
	2 - Acontece-me muitas vezes	2	0,82
	3 - Acontece-me sempre	6	2,45
Abuso excessivamente de medicação (para ficar “dopado”).	0 - Nunca acontece comigo	217	88,57
	1 - Acontece-me algumas vezes	17	6,94
	2 - Acontece-me muitas vezes	6	2,45
	3 - Acontece-me sempre	5	2,04
Abuso de laxantes	0 - Nunca acontece comigo	233	95,1
	1 - Acontece-me algumas vezes	11	4,49
	2 - Acontece-me muitas vezes	1	0,41
	3 - Acontece-me sempre		
Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).	0 - Nunca acontece comigo	200	81,63
	1 - Acontece-me algumas vezes	27	11,02
	2 - Acontece-me muitas vezes	10	4,08
	3 - Acontece-me sempre	8	3,27
Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem proteção, etc.).	0 - Nunca acontece comigo	222	90,61
	1 - Acontece-me algumas vezes	17	6,94
	2 - Acontece-me muitas vezes	5	2,04
	3 - Acontece-me sempre	1	0,41
Total		245	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante das informações apresentadas, chama atenção o fato de que quase a metade dos participantes (N:109, 44,49%) afirmaram que já tiveram algum comportamento de auto dano. Dentre as atitudes que estavam no questionário, destacaram-se as afirmativas: “Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito”, com 68 (27,75%); em sequência, “Me machuco ou me agrido voluntariamente, isto é, de propósito”, com 60 (24,49%); e “Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito”, com 59 (24,08%). Estes fecham os três comportamentos mais praticados pelos participantes em alguma frequência.

Segundo Oliveira (2020), em um estudo transversal descritivo e quantitativo realizado com 995 adolescentes, na faixa etária de 14 a 25 anos em uma escola pública de ensino médio em Sobral-CE, destacou os comportamentos de autoagressão mais prevalentes: o de “morder a si mesmo” (30,7%); seguido de “cutucar um ferimento” (25,9%); e (19,8%) “bateu em você mesmo propositalmente”. O instrumento utilizado foi: Escala de Comportamento de Automutilação - *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM), que foi traduzida e adaptada para o Brasil por Giusti (2013).

Entretanto, mesmo tendo sido aplicados instrumentos diferentes, os dois estudos apontam como comportamentos mais frequentes o “morder a si mesmo” como a principal forma de autoagressão. Além disso, os três itens mais citados pelos participantes nos dois estudos são componentes dentro da QIAIS-A, do que chamamos de auto dano propriamente dito.

Os comportamentos de auto dano: “Abuso de laxantes” 12 (4,89%); “Abuso excessivamente de drogas leves” 16 (6,53%) e “Queimo certas partes do meu corpo de propósito” 16 (6,53%) foram as atitudes menos apontadas pelos adolescentes. Os dois primeiros estão classificados como comportamentos de auto dano associados ao comportamento de risco, já a prática autolesiva de “queimar certas partes do corpo de propósito” está relacionada ao auto dano com recurso de objetos.

Outro dado que pode ser destacado é com relação aos comportamentos: “Abuso excessivamente de álcool” e “Abuso excessivamente de drogas leves”. Respectivamente os resultados foram 37 (15,10%) e 16 (6,54%), o que corrobora com outros estudos, realizados com a população adolescente, que afirmam que as drogas lícitas como tabaco e álcool têm o uso mais comum do que outros tipos (PEUKER, 2020; ANDRADE *et al.*, 2017).

Dando sequência à análise das variáveis com relação ao comportamento de auto dano, a Tabela 4 nos apresenta a distribuição dos participantes por sexo e de acordo com a frequência da prática. Para melhor compreensão, o auto dano foi dividido em cinco grupos: inexistente, quando a pontuação igual a 0; **fraca**, quando a pontuação está entre 1 a 6; **moderada**, quando a pontuação está entre 7 a 12; **elevada**, quando a pontuação está entre 13 a 18; e **muito elevada**, quando a pontuação está entre 19 a 24. A pontuação mínima do fator auto dano é 0 e a pontuação máxima 24.

Tabela 4 - Distribuição do número de adolescentes por sexo de acordo com a frequência do comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Sexo	Frequência auto dano					Total
	Inexistente (0)	Fraco (1 a 6)	Moderado (7 a 12)	Elevado (13 a 18)	Muito Elevado (14 a 24)	
Masculino	63,49	30,16	4,76	1,59	0	100
Feminino	47,06	31,09	13,45	5,88	2,52	100
Total	55,51	30,61	8,98	3,67	1,22	100

Fonte: Elaborado pela autora.

Constata-se que, mais da metade dos adolescentes - 136 (55,51%) - afirmaram nunca terem praticado autoagressão e 75 (30,61%) possuem uma frequência fraca para o comportamento, o que se configura como algo positivo diante da população total. Ao relacionarmos sexo e frequência do comportamento, podemos perceber uma prevalência das mulheres nas frequências Moderado e Elevado, com relação aos homens. No tocante a nível Muito elevado, apenas mulheres apresentaram o referido comportamento (1,22) da população

total. Este resultado chama atenção para diferenças entre os sexos com relação à prática da automutilação.

A Tabela 5 aprofunda a análise da distribuição dos adolescentes por sexo em relação ao auto dano.

Tabela 5 - Distribuição do número de adolescentes por sexo com relação ao comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Sexo	Auto dano							
	Sim		Não					
	N	%	N	%	N	RC	IC 95%	P
Masculino	46	36,51	80	64,49	126	1		
Feminino	63	53,94	56	47,05	119	1,95	1,17 – 3,26	< 0,010*
Total	109	44,49	136	55,51	245			

Fonte: Elaborado pela autora.

*Teste de Fisher.

Observa-se que metade dos adolescentes do sexo feminino (N:63 53,94%) já praticou algum comportamento de autoagressão. No caso do sexo masculino, este número é de 46 (36,51%). Esses achados corroboram com os estudos de Klonsky *et al.*, (2015) no qual a prática da autoagressão acontece em faixas etárias variadas, porém existe um predomínio no sexo feminino.

Outro estudo, realizado por Fonseca *et al.* (2018), com amostra de 517 adolescentes de 10 a 14 anos, em Minas Gerais, apontou frequência mais elevada da autolesão entre adolescentes do sexo feminino (69,39%). Segundo o autor, o fato das mulheres serem mais propensas à prática da automutilação está relacionado à diferença no modo de lidar com as vivências enquanto se desenvolvem, sendo as meninas mais ensinadas a reconhecer e sentir as emoções. Na mesma linha, outro estudo realizado em Santa Catarina, por Pinheiro (2021), de caráter transversal e descritivo com dados retirados do SINAN no período de 2014 até 2018, afirma que 79,6% dos adolescentes que se automutilaram eram do sexo feminino.

Nesta pesquisa, assim como nos estudos apresentados, houve predomínio do sexo feminino para o comportamento de autoagressão. A razão de chance demonstrou que mulheres têm 1,9565 ($p < 0,010$) vezes mais chances de apresentar comportamentos de automutilação do que homens.

Dando continuidade às análises de chance, a Tabela 6 nos apresenta a distribuição dos participantes por fase do desenvolvimento para o comportamento de auto dano.

Tabela 6 - Distribuição do número de adolescentes segundo a fase do desenvolvimento e o comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Faixa etária	Auto dano							
	Sim		Não					
	N	%	N	%	N	RC	IC	P
Adolescência inicial	44	17,96	47	19,18	91			
Adolescência intermediária	65	26,53	89	36,33	154	1,28	0,75-2,16	0,355
Total	109	44,49	136	55,51	245			

Fonte: Elaborado pela autora.

*Teste de Fisher.

Com relação à faixa etária, alguns estudos apresentam uma correlação quantitativamente significativa para a prática da automutilação. Segundo Zetterqvist, (2015); Garreto (2015), a faixa etária entre 11 e 15 anos tem a maior predominância para o início da auto lesão. Para Cedaro, & Nascimento (2013), a prevalência da automutilação em adolescentes está entre os 10 e 14 anos.

Neste estudo, mesmo sendo possível visualizar um número maior de adolescentes na fase intermediária que praticam a autolesão, não foi possível estabelecer nenhum resultado estatisticamente significativo para a fase do desenvolvimento e autoagressão.

Seguindo com as análises de razão de chance, a Tabela 7 nos apresenta a distribuição dos adolescentes por composição familiar e o comportamento de autoagressão.

Tabela 7 - Distribuição do número de adolescente segundo a composição familiar e o comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022

Família nuclear/tradicional	Auto dano							
	Sim		Não					
	N	%	N	%	N	RC	IC95%	P
Sim	63	25,71	101	41,22	164			
Não	46	18,77	35	14,28	81	2,10	1,22 -3,62	< 0,009*
Total	109	44,49	136	55,51	245			

Fonte: Elaborado pela autora.

* Teste de Fisher

No tocante a essas variáveis, os resultados apontaram que os adolescentes provenientes de famílias incompletas têm 2,1 ($p < 0,009$) vezes mais chances de apresentar comportamento de auto dano do que aqueles de famílias nuclear/tradicionais, ou seja, compostas por pai e mãe e/ou irmãos, sendo esse resultado estatisticamente significativo.

De acordo com Brasil (2019), pessoas de diferentes correntes que estudam sobre automutilação e suicídio concordam com a afirmativa de que a família é de extrema

importância para o enfrentamento destas questões de saúde pública, assim como contextos familiares de risco são disparadores na ocorrência de tais práticas.

De fato, não se pode desconsiderar o contexto familiar no qual este adolescente está inserido, tendo em vista as mudanças nos modelos de família. Porém, Batista et al (2001) afirma que: seria ingenuidade atribuir apenas a estes fatores os processos de adoecimento dos adolescentes, ao mesmo tempo que eles não podem ser desprezados, dada a importância da família no suporte de situações mais estressantes que eles enfrentam no dia a dia.

De acordo com Oliveira (2020), em sua pesquisa com adolescentes na faixa etária de 14 a 25 anos, “A automutilação esteve mais relacionada em todos os reforços quando se mora com outras pessoas que não os pais, e diminui quando há presença de pai e mãe em casa.”, o que corrobora com os achados desta pesquisa.

Na perspectiva de conhecer o que leva os adolescentes a praticar a automutilação, a Tabela 8 nos apresenta a distribuição de participantes de acordo com as funções que a automutilação possui para quem a pratica.

Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes de acordo com as funções da automutilação. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Funções da Automutilação	Sim		Não	
	N	%	N	%
Quando me machuco/mordo objetos procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.	39	15,91	206	84,09
Me machuco/mordo objetos para não me sentir aborrecido ou entediado.	47	19,18	198	80,82
Me machuco/mordo objetos para não me sentir sozinho e desligado dos outros.	36	14,69	209	85,31
Me machucar/mordo objetos, me ajuda a não me sentir ansioso e preocupado.	62	25,3	183	74,7
Me machucar/morder objetos me ajuda a controlar a minha raiva (ou fúria).	63	25,71	182	74,29
Quando me machuco/mordo objetos procuro deixar de me sentir culpado.	36	14,69	209	85,31
Quando me machuco/mordo objetos procuro me castigar.	28	11,42	217	88,58
Me machucar/morder objetos me ajuda a ficar menos zangado comigo mesmo.	45	18,36	200	81,64
Me machuco/mordo objetos para me lembrar que sou mau, que não presto .	26	10,61	219	89,39
Me machucar/morder objetos me ajudar a manter o autocontrole.	52	21,22	193	78,78
Me machucar/morder objetos me ajuda a acalmar.	65	26,53	180	73,47

Me machuco/mordo objetos para aliviar as emoções negativas que sinto.	50	20,4	195	79,6
Me machucar/morder objetos me ajuda a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).	25	10,2	220	89,8
Me machucar/morder objetos me ajuda a saber melhor o que sinto.	28	11,42	217	88,58
Me machuco/mordo objetos para chamar a atenção dos outros.	6	2,44	239	97,56
Me machucar/morder objetos é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.	22	8,98	223	91,02
Me machucar/morder objetos ajuda os outros a compreender os meus problemas .	16	6,53	229	93,47
Me machuco/mordo objetos para conseguir sentir alguma coisa.	25	10,2	220	89,8
Me machucar/morder objetos é uma forma de manter o contato com a realidade.	21	8,57	224	91,43
Me machucar/morder objetos serve para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	34	13,87	211	86,13
Me machuco/mordo objetos para me vingar dos outros.	15	6,12	230	93,88
Me machuco/mordo objetos para não magoar os outros.	35	14,28	210	85,72
Me machuco/mordo objetos para me proteger das agressões dos outros.	8	3,26	237	96,74
Me machuco/mordo objetos para criar uma barreira entre mim e os outros.	16	6,53	229	93,47
Me machucar/morder objetos me ajuda não pensar em nada.	27	11,02	218	88,98
Me machucar/morder objetos ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.	29	11,83	216	88,17
Me machucar/morder objetos ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.	39	15,91	206	84,09
Me machuco/mordo objetos porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.	27	11,02	218	88,98
Me machuco para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.	34	13,87	211	86,13
Me machucar/morder objetos me dá gozo e prazer.	7	2,85	238	97,15

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação às funções do auto dano, as mais relacionadas pelos adolescentes foram: Me machucar/morder objetos me ajuda a acalmar, sendo 65 (26,53%); Me machucar/morder objetos me ajuda a controlar a minha raiva, sendo 63 (25,71%); e Me machucar/morder objetos me ajuda a não me sentir ansioso e preocupado, sendo 62 (25,3%). Assim, as funções que menos foram manifestadas pelos participantes foram: Me machucar/morder objetos para chamar atenção dos outros, sendo 6 (2,44%); Me machucar/morder objetos me dá gozo e prazer, sendo 7 (2,85%); e Me machucar/morder objetos para me proteger das agressões dos outros, sendo 8 (3,26%).

Nesse sentido, a predominância da autolesão como função de regulação emocional é corroborada em outros estudos com adolescentes (Klonsky *et al.*, 2015; Zetterqvist, Llundh, & Svedin, 2014). Em outra pesquisa com 206 adolescentes alemães que praticavam automutilação, as funções que mais prevaleceram foram "para receber mais

atenção de amigos", "obter compreensão dos pais" e "parar maus sentimentos", apontadas por 41,0%, 37,8% e 35% dos adolescentes, respectivamente (Young *et al.*, 2014). Para Fonseca (2018), os adolescentes tendem a buscar formas de regulação emocional, e por vezes utilizam o comportamento autolesivo como estratégia. Ao entrarem em contato com sentimentos negativos ou algo que seja difícil de relacionamentos, sentem a necessidade da prática de autoagressão.

Com relação ao último item do QIAIS-A que está relacionado a ideação suicida, a Tabela 9 apresenta a distribuição dos participantes em relação à ideação suicida.

Tabela 9 - Distribuição do número de adolescente em relação a ideação suicida. Sobral, CE, Brasil, 2022.

	IS	N	%
Já houve vezes em que pensei que queria me matar.	0 - Nunca acontece comigo	141	57,55
	1 - Acontece-me algumas vezes	60	24,49
	2 - Acontece-me muitas vezes	17	6,94
	3 - Acontece-me sempre	27	11,02
Já houve vezes em que penso que não tenho futuro, nem saída.	0 - Nunca acontece comigo	108	44,08
	1 - Acontece-me algumas vezes	73	29,8
	2 - Acontece-me muitas vezes	27	11,02
	3 - Acontece-me sempre	37	15,1
Já houve vezes em que gostaria de desaparecer.	0 - Nunca acontece comigo	90	36,73
	1 - Acontece-me algumas vezes	63	25,71
	2 - Acontece-me muitas vezes	33	13,47
	3 - Acontece-me sempre	59	24,08
Total		245	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à ideação suicida, mais da metade dos participantes, 155 (63,26%), marcou pelo menos um comportamento relacionado à ideação suicida, o que é um dado preocupante. Percebe-se que quando perguntados de forma direta sobre o suicídio, no caso da primeira pergunta, os adolescentes têm a menor porcentagem com relação à prática, ao passo que as perguntas ficam mais subjetivas, essa porcentagem vai aumentando. Como no caso da terceira pergunta, na qual 155 (63,26%) dos adolescentes afirmaram que “já houve vezes em que gostaria de desaparecer”, sendo este também o pensamento que ocorre com mais frequência entre os desta parte do questionário.

A preocupação diante do suicídio infelizmente não é apenas relacionada a este estudo. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) aponta que 850 mil pessoas cometeram suicídio em 2014, sendo uma das dez maiores causas de morte no mundo e uma das três maiores entre jovens de 15 a 29 anos. Segundo Penso (2020), “Os dados epidemiológicos apresentados assustam por sua magnitude, configurando a questão do suicídio como problema de saúde pública que necessita urgentemente de compreensão”.

Na Tabela 10, apresenta-se a frequência da ideação suicida na amostra total de adolescentes. Para melhor compreensão, a ideação suicida foi dividida em quatro grupos: **inexistente**, quando a pontuação é igual a 0; **moderada**, quando a pontuação está entre 1 a 3; **elevada**, quando a pontuação está entre 4 e 6; **muito elevada**, quando a pontuação está entre 7 e 9. A pontuação mínima do fator ideação suicida é 0 e a pontuação máxima 9 valores.

Tabela 10 - Distribuição dos adolescentes segundo as características da ideação suicida e sexo. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Sexo	Frequência ideação suicida				Total
	Inexistente	Moderada	Elevada	Muito Elevada	
Masculino	22,04	18,78	8,57	2,04	48,57
Feminino	6,12	17,55	11,02	13,88	51,43
Total	28,16	36,33	19,59	15,92	100

Fonte: Elaborado pela autora.

Observando a totalidade dos adolescentes, constata-se que 69 (28,16%) dos adolescentes responderam que as ideias suicidas são inexistentes; 89 (36,33%) possuem uma frequência moderada aos comportamentos; 48 (19,59%) elevada; e com frequência muito elevada, 39 (15,92%) dos adolescentes ficaram dentro dessa estratificação. Destaque para o número de mulheres, sendo 34 (13,88%), que afirmaram ter a frequência muito elevada para o comportamento da ideação suicida, o que sinaliza uma maior predisposição de mulheres com relação ao comportamento. Este mesmo estudo apresentou anteriormente uma maior chance de mulheres também praticarem a automutilação, o que torna o cenário ainda mais preocupante.

Com relação à ideação suicida, Moreira (2015) afirma que estudos analisados em sua revisão integrativa reafirmam as informações da literatura especializada, de que adolescentes do sexo feminino apresentam taxas mais elevadas de ideação suicida que os do sexo masculino. As causas têm muitas fases e podem incluir características pessoais ou familiares, questões comportamentais ou um transtorno mental. Uma das hipóteses para a maior frequência em mulheres está ligada ao fato delas serem mais vulneráveis a transtornos como ansiedade e depressão, o que impacta diretamente na ideação suicida.

Nesse contexto, Brasil (2018) afirma que o maior índice de suicídio está entre os homens (79%), porém, temos nas mulheres os maiores números quando falamos em tentativas.

Na sequência da análise, a Tabela 11 apresenta a distribuição dos adolescentes por sexo com relação a ideação suicida.

Tabela 11 - Distribuição do número de adolescentes por sexo com relação ao comportamento da ideação suicida. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Sexo	<u>Ideação Suicida</u>							
	Sim		Não		N	RC	IC	P
	N	%	N	%				
Masculino	72	29,39	54	22,04	126			
Feminino	104	42,45	15	6,12	199	5,13	2,74–10,11	<0,001 *
Total	176	71,84	69	28,16	245			

Fonte: Elaborado pela autora.

*Teste de Fisher.

Complementando essa análise, podemos perceber que quase a metade dos participantes do sexo feminino (N: 104 42,45%) afirmam ter tido pelo menos um comportamento relacionado à ideação suicida. No caso do sexo masculino, este número é de 72 (29,39 %). Diante disto, ao realizarmos a razão de chance para esta variável de acordo com a diferença entre os sexos, o resultado obtido foi que mulheres têm 5,2 vezes mais chances ($p<0,001$) de apresentar ideação suicida do que homens, ratificando os achados de estudos realizados anteriormente.

Seguindo com as análises de razão de chance, a Tabela 12 nos apresenta os resultados relacionando a ideação suicida com a variável: Mora com.

Tabela 12 - Distribuição do número de adolescentes por composição familiar com relação ao comportamento da ideação suicida. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Família nuclear/ tradicional	Sim		Não		N	RC	IC95%	P
	N	%	N	%				
Sim	113	46,12	51	20,82	164			
Não	63	25,71	18	7,35	81	1,45	0,81 – 2,56	0,239*
Total	176	71,84	69	28,16	245			

Fonte: Elaborado pela autora.

*Teste de Fisher.

Observa-se que os adolescentes que residem com a família nuclear (pai, mãe e/ou

irmãos) apresentam 1,45 vezes mais chances de apresentar ideação suicida. Todavia, esses achados não foram estatisticamente significantes ($p < 0,239$). No entanto, cabe salientar que, para a variável família nuclear/tradicional, foram obtidos resultados relevantes quando relacionamos com o comportamento de auto dano, o que reforça mais ainda a importância de momentos voltados para a prevenção dessas práticas.

Segundo *Hawn et al* (2015), mesmo que as pessoas que se autolesionam não realizam o ato com intenção de morte, é preciso considerar que pessoas com histórico de autoagressão estão dentro do grupo de risco para o suicídio. Ademais, o comportamento autolesivo está presente em pelo menos 40% dos suicídios que foram realizados na Inglaterra no período de 2000 até 2012.

A seguir, apresentaremos os resultados da escala de Silhueta de *Stunkard* na tabela 13. Em estudos com populações são utilizados a mensuração de percepção e/ou atitudinal da imagem, que consiste em desenhos (silhuetas) na qual se realiza a escolha a imagem mais próxima da sua percepção atual e de como gostaria de ser.

Tabela 13 - Distribuição do número de adolescentes por sexo de acordo com a frequência do comportamento de auto dano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

SEXO	Satisfação Autoimagem			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Feminino	31	26,05	88	73,95
Masculino	42	33,33	84	66,66
Total:	73	29,80	172	70,20

Fonte: Elaborado pela autora.

Os achados relativos à aplicação da escala de silhueta de *Stunkard* nos mostram que 172 (70,22%) dos adolescentes responderam que a imagem que possuem hoje é diferente da imagem que gostariam de ter, indicando uma insatisfação corporal de grande parte da amostra. Com relação ao sexo, mais uma vez as mulheres aparecem com destaque nada positivo: 88 (73,95%) desejariam um corpo diferente do que tem atualmente.

Para Freire (2017), a imagem que temos da forma, tamanho e aparência e o que sentimos relacionados a isso compõem a nossa imagem corporal e que, por vezes, não estamos satisfeitos com ela.

De acordo com Muehlenkamp e Brausch (2011), em sua revisão sistemática dos estudos empíricos dos anos de 2005 a 2011, demonstraram que deturpação na imagem corporal pode estar no meio da relação entre os sentimentos ruins e a autoagressão. De acordo com o estudo, a insatisfação corporal e os transtornos alimentares aumentam o risco de

automutilação. No mesmo sentido, Giusti (2013) apresenta como características pessoais de risco para a automutilação a baixa autoestima e uma imagem distorcida do corpo.

Mesmo diante das pesquisas citadas acima, percebemos que ainda não existe uma definição com relação à correlação. Em um estudo transversal quantitativo, realizado no Rio Grande do Sul, Gomes (2019) o realiza com 517 adolescentes do ensino médio, com faixa etária de 16 a 17 anos, em que quase metade da amostra (44, 2%) afirmou estar insatisfeito com o corpo atual, o cálculo entre lesão não suicida e como se sente em relação ao próprio corpo não demonstraram ser quantitativamente significativa. Indicando que novos estudos com relação a esse assunto precisam ser melhor explorados.

Para Murari (2018), os adolescentes preocupam-se de forma exagerada com as mudanças corporais e sofrem na tentativa de conseguir o corpo perfeito, o que gera uma preocupação quando pesam na opinião dos pares.

5.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA HÍBRIDA

Nesse tópico, são expressas a intervenção educativa e as manifestações dos adolescentes, mostrando os murais construídos através do *Padlet* nos encontros virtuais, as fotos dos encontros presenciais, os comentários e os diálogos dos sujeitos, bem como a descrição sobre os 6 (seis) encontros com os adolescentes, com as respectivas avaliações realizadas e com a construção do discurso do sujeito coletivo dividido por temática em cada momento da intervenção.

5.3 ENCONTRO DE APRESENTAÇÃO

O objetivo era gerar reflexão sobre autoconhecimento, assim como conhecer um pouco sobre como a turma se comporta diante dos pares. Após essa rodada inicial, apresentou-se uma breve fala sobre os resultados prévios com relação ao QIAIS-A que foi aplicado e sobre a escolha da intervenção ser realizada com a turma. Sempre na perspectiva de um espaço dialógico, era perguntado o que eles achavam sobre a importância daqueles momentos e sobre a importância que eles davam para os assuntos a serem tratados, visto que o tema precisaria fazer sentido para eles na perspectiva de ocorrer o envolvimento.

Figura 5 - Encontro de apresentação. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Autora.

O objetivo era gerar reflexão sobre autoconhecimento, assim como conhecer um pouco sobre como a turma se comporta diante dos pares. Após essa rodada inicial, apresentou-se uma breve fala sobre os resultados prévios com relação ao QIAIS-A que foi aplicado e sobre a escolha da intervenção ser realizada com a turma. Sempre na perspectiva de um espaço dialógico, era perguntado o que eles achavam sobre a importância daqueles momentos e sobre a importância que eles davam para os assuntos a serem tratados, visto que o tema precisaria fazer sentido para eles na perspectiva de ocorrer o envolvimento.

Os participantes ressaltaram a relevância do assunto de forma ainda muito tímida. Portanto, foi realizada uma breve abordagem de como se daria a metodologia dos encontros, a utilização do Círculo de Cultura e que esse era um momento em que eles teriam um espaço para darem livremente a opinião de forma horizontalizada, não se tratando de uma aula ou palestra, e sim de uma construção mútua e reflexiva.

Com relação aos temas, foi exposto que os momentos versavam sobre prevenção de automutilação, no sentido de refletir sobre assuntos e práticas que fossem substitutivas ao autolesionamento. Iniciou-se, então, a fala de como os encontros aconteceriam na prática, explicando para eles que a intervenção aconteceria de forma híbrida, sendo a ideia inicial de que os 4 encontros com caráter interventivos fossem realizados de forma online. Nesse momento, os adolescentes que até então se comportavam de uma forma tímida foram unânimes em resistir ao formato híbrido, estando

fortemente preparados com uma chuva de argumentos: falta de privacidade por conta do espaço físico nas residências, precisar dividir os *smartphones* com outros membros da família, dificuldade de acesso à internet, a sensação de maior liberdade em expressar suas opiniões, estando entre eles e presencialmente, assim como o cansaço diante do uso do formato online durante o período do pico da pandemia em 2020.

Acolhemos as falas e inquietações deles, ao passo que relatamos a surpresa diante da reação, nos comprometendo a pensar em uma forma que os momentos que precisassem ser a distância, devido a toda condução do projeto estruturado, fossem pensados de forma a ser capaz de atingir a demanda deles.

Após esses momentos, fizemos pequenas pactuações de convivência de grupo, entre estas pactuações passamos uma lista para que os que quisessem colocassem o número de telefone e pudesse ser criado um grupo de *WhatsApp* com a finalidade de facilitar a comunicação das datas e lembretes dos próximos encontros, espaço para compartilhamento dos registros do momento. Pactuamos também quais os melhores dias e horários para a realização dos encontros virtuais, visto que a data dos presenciais foram oferecidas pela escola.

Neste espaço também foi comunicado que no decorrer dos dias da intervenção seria ofertado o plantão psicológico, caso alguém sentisse a necessidade de uma orientação, e os participantes ressaltaram a relevância do assunto de forma ainda muito tímida. Posteriormente, foi realizada uma breve abordagem de como se daria a metodologia dos encontros, a utilização do Círculo de Cultura e que esse era um momento em que eles teriam um espaço para darem livremente a opinião de forma horizontalizada, não se tratando de uma aula ou palestra, e sim de uma construção mútua e reflexiva.

Com relação aos temas, foi exposto que os momentos versavam sobre prevenção de automutilação, no sentido de refletir sobre assuntos e práticas que fossem substitutivas ao autolesionamento. Iniciou-se então a fala de como os encontros aconteceriam na prática, explicando para eles que a intervenção aconteceria de forma híbrida. Sendo a ideia inicial de que os 4 encontros com caráter interventivo fossem realizados de forma online. Nesse momento, os adolescentes que até então se comportavam de uma forma tímida, foram unânimes em resistir ao formato híbrido, estando fortemente preparados com uma chuva de argumentos: falta de privacidade por conta do espaço físico nas residências, precisar dividir os *smartphones* com outros membros da família, dificuldade de acesso à internet, a sensação de maior liberdade em expressar suas opiniões, estando entre eles e presencialmente, assim como o cansaço diante do uso do formato online durante o período do pico da pandemia em 2020.

Acolhemos as falas e inquietações deles, ao passo que relatamos a surpresa diante da reação, nos comprometendo a pensar em uma forma que os momentos que precisassem ser a

distância, devido a toda condução do projeto estruturado, fossem pensados de forma a ser capaz de atingir a demanda deles.

Após esses momentos, fizemos pequenas pactuações de convivência de grupo, entre estas pactuações passamos uma lista para que os que quisessem colocassem o número de telefone e pudesse ser criado um grupo de *WhatsApp* com a finalidade de facilitar a comunicação das datas e lembretes dos próximos encontros, espaço para compartilhamento dos registros do momentos. Pactuamos também quais os melhores dias e horários para a realização dos encontros virtuais, visto que a data dos presenciais foram oferecidas pela escola.

5.4 PRIMEIRO ENCONTRO: SAÚDE MENTAL E ADOLESCÊNCIA

Este encontro deu início à intervenção propriamente dita, mediada pelo círculo de cultura, e contou com a participação de 27 adolescentes. As cadeiras foram mais uma vez dispostas em círculo e no meio foram colocadas algumas figuras que representassem algumas emoções, sentimentos, assuntos que permeiam a adolescência, práticas de autocuidado, entre outros. A essas figuras damos o nome de fichas de cultura.

As fichas de culturas possibilitam o debate a partir de situações existenciais, ideias de base e que convidavam os participantes a pensar de forma crítica e ativa o processo de apreensão coletiva. Inicialmente, eram desenhos feitos em cartazes ou, com o passar do tempo, figuras projetadas em slides, podendo ser criadas pelo próprio coletivo ou prontas pela equipe que aplicaria o método. O intuito era provocar as primeiras trocas de ideias entre os pares ou entre pares e o animador do círculo (BRANDÃO, 2004).

Para a finalidade desta atividade, as fichas foram construídas previamente, tanto pelo tempo de execução da intervenção como pela proposta, que possuía um tema específico. Porém, apesar da construção prévia, vale destacar que não se tratou de uma prescrição engessada de temas a serem obedecidos, e sim possuindo um caráter norteador para a condução do momento e sendo baseadas nas palavras geradoras, as quais se dão através do diálogo, do contato com o universo dos participantes, através de ouvidos disponíveis, olhos atentos e interesse em se misturar na comunidade. Desse modo, essa construção de palavras foi feita durante os momentos em que ocorreram a aplicação dos questionários aos alunos de forma presencial e durante o primeiro encontro, de caráter não interventivo.

A primeira ficha apresentada para eles estava relacionada à saúde mental, momento em que os participantes falaram livremente sobre suas percepções e foram demonstrando em sua maioria que a saúde mental era algo que parecia ligado ao cuidado emocional e separado da parte física. Questionados sobre que nota dariam, de zero a dez, para a sua saúde mental

naquele momento, as respostas foram: só cinco, menos dois, um e meio, oito, sete, seis. Mesmo sem conseguirem definir o termo, afirmaram quase de forma unânime que nesse quesito eles ainda precisavam melhorar muito.

5.4.1 Saúde mental na adolescência

A seguir, vamos apresentar o Discurso do Sujeito Coletivo produzido no primeiro encontro. Após o agrupamento das ideias centrais, foram produzidos dois DSC's: a construção de cada etapa destes discursos; a distribuição das IC a partir das ECH e o agrupamento de IC's está descrito no Apêndice E.

Quadro 5 - Construção do DSC sobre Saúde Mental relacionada a mente ou emoções. Sobral, CE, Brasil, 2022.

SAÚDE MENTAL IAD 2	
AGRUPAMENTO A – Saúde mental relacionada a mente ou emoções.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1 – E1. - <i>Tá bem mentalmente.</i> 2 – E2. - <i>Tá feliz.</i> 3 – E3. - <i>Sem problema, tá feliz.</i> 5 – E5. - <i>Estar estável psicologicamente</i> 8 – E8. - <i>Saúde mental quando eu me sinto feliz</i>	<i>Eu acho que estou com saúde mental quando eu me sinto feliz, quando estou sem problemas, bem mentalmente, estável psicologicamente.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 - Construção do DSC sobre Saúde Mental relacionada ao comportamento humano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

SAÚDE MENTAL IAD 2	
AGRUPAMENTO B – Saúde mental relacionada ao comportamento humano.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
4 – E4. - <i>Está sabendo lidar com situações bem.</i> 6 – E6. - <i>Equilibrar. Nem tão ruim e nem tão bom.</i> 7 – E.7 - <i>Saúde mental, é saber lidar com a situação, ficar bem apesar das coisas que a vida traz, né?</i>	<i>Acho que é saber lidar com a situação, ficar bem apesar das coisas que a vida traz, né? Equilibrar. Nem tão ruim e nem tão bom.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à temática de saúde mental, no primeiro encontro percebeu-se certa dificuldade por parte dos participantes em falarem sobre o assunto, resumindo-o a dois agrupamentos que limitam as definições acerca do tema. Ou, ainda, o relacionando apenas a aspectos mentais ou às formas de comportamento, porém sem o entendimento da integralidade do assunto e do entendimento de saúde em um contexto mais amplo.

5.4.2 Como você lida com suas emoções?

A segunda ficha demonstrava um adolescente irritado e foi disparada através do questionamento de que se alguma vez eles já se sentiram assim, seguindo o diálogo sobre raiva, impulsividade e as formas de lidar com esses sentimentos.

Diante disso, os participantes relataram os comportamentos ao passo que iam lembrando de outras formas de se comportar, através da troca entre os pares. Um relatou: “Quando eu me estresso, eu bato nas coisas”, outro disse: “Eu dou murro na parede”. Porém, ao serem indagados sobre o que os deixava estressados, eles não sabiam dizer ao certo, o que representa um pouco da dificuldade em entender e manejar os sentimentos e emoções.

Após o agrupamento das ideias centrais foram produzidos três DSC. A construção de cada etapa deste discurso; a distribuição das IC a partir das ECH e o agrupamento de IC's está descrito no Apêndice G.

O DSC com maior número de participação dos estudantes está relacionado ao agrupamento A - Comportamento negativo como forma de alívio. Durante as falas captadas, no primeiro encontro, eles demonstraram diversas atitudes impulsivas e de autoagressão. Em compensação, apenas duas falas versaram a respeito do agrupamento B - Práticas de autocuidado, o que demonstrou pouco conhecimento por parte deles com relação a cuidados consigo mesmo. E mesmo os que trazem comportamentos de autocuidado como uma forma de lidar com emoções desagradáveis, fazem sem entender bem que esta é uma prática e que é importante no cotidiano.

Quadro 7 - Construção do DSC sobre as formas de lidar com os sentimentos no encontro 1.
Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 1	
COMO VOCÊ LIDA COM EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS? IAD 2	
AGRUPAMENTO A – Comportamento negativo como forma de alívio.	
EXPRESSÕES – CHAVE	DSC

1 – E1. - <i>Eu me afasto. Guardo tudo dentro de mim, as coisas da minha cabeça.</i> 2 – E2. - <i>Eu desconto em todo mundo. Quando tenho raiva.</i> 3 – E3. - <i>Eu me sento em uma cadeira e lá só pensando.</i> 4 – E4. - <i>Eu como.</i> 6 – E6. - <i>Eu dou dedo. –</i> 7- E7 - <i>Eu dou murro na parede</i> 8– E8. - Quando eu me estresso <i>eu bato nas coisas.</i> 9– E9. - <i>Eu me estresso</i> aqui na escola. 10- E10. - <i>Eu choro. Tem gente que se corta, tem gente que cada um faz de uma forma pra descontar essa raiva, né?</i>	<i>Quando eu me estresso eu bato nas coisas, dou dedo, como demais, dou murro na parede, eu desconto em todo mundo. Tem gente que se corta, cada um tem uma de forma pra descontar essa raiva, né? Mas as vezes quando tenho raiva, eu me afasto, choro. Guardo tudo dentro de mim, essas coisas da minha cabeça. Eu me sento em uma cadeira e fico lá só pensando.</i>
---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 8 - Construção do DSC sobre as práticas de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 1	
COMO VOCÊ LIDA COM EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS? IAD 2	
AGRUPAMENTO B – Prática de Autocuidado.	
EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
5 – E5. - <i>Eu tento me distrair.</i> 13 – E13. - Não. <i>Vou dormir.</i> Não, então <i>eu vou jogar bola. Fazer alguma coisa.</i>	<i>Eu tento me distrair, fazer alguma coisa. Vou dormir ou vou jogar bola.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao agrupamento C - Sentimento de insegurança/insuficiência, foi mencionado pelos participantes ao falarem sobre a relação deles com pais ou responsáveis. Estes demonstraram estarem confortáveis, mesmo no primeiro encontro, para abordarem assuntos íntimos e que tratam de temas que provocam neles sentimentos ruins, como inutilidade. Além disso, manifestaram em suas falas uma convivência familiar por vezes conflituosa e que remete a esses sentimentos relatados no discurso.

Para Silva (2015), através de uma relação dialógica entre pais e filhos, ou seja, perceber e tentar entender as necessidades do outro, estando envolvidos de forma plena, as dificuldades dos adolescentes em se autoafirmar, lidar com as mudanças e mostrar a independência dos pais serão minimizadas. Para os pais, é preciso romper o medo de perder o

filho criança, o temor da fase desconhecida e de não estarem no controle, oportunizando ao adolescente se sentir participante dessa relação.

A adolescência é conhecida como uma fase de mudança, porém essa mudança ocorre em toda a família e não apenas como algo do indivíduo adolescente, afinal, todos (adolescentes e pais) estão passando por um processo que exige de ambos os lados paciência, diálogo, colaboração e carinho. A não compreensão da independização dos filhos por parte dos pais pode vir a gerar neles a sensação de falta de confiança em si mesmos, gerando sentimento de insegurança e afastamento dos genitores.

Quadro 9 - Construção do DSC sobre os sentimentos de insegurança/insuficiência. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 1	
COMO VOCÊ LIDA COM EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS? IAD 2	
AGRUPAMENTO C– Sentimento de Insegurança/ insuficiência.	
EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
11 – E11. - <i>Eu fico com a sensação de que não confio em mim. Me sinto insuficiente em tudo que faço.</i> 12 – E12. - <i>Tem os momentos em que eu sinto que não tenho muita função. Nada do que a gente faça está certo.</i>	<i>Me sinto insuficiente em tudo que faço, como se não tivesse muita função, sabe? Eu fico com a sensação de que não confio em mim. Nada do que eu faço está certo.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.3 Redes sociais e saúde mental

A terceira ficha trouxe a imagem de diversas redes sociais utilizadas pelos participantes da intervenção. O mote era dialogar sobre suas possíveis interferências nas questões relacionadas à saúde mental, compreender como eles entendem essa relação e oportunizar reflexão sobre a atuação e utilização deles nas redes. De acordo com Wong (2013): O alcance da Internet tem chamado atenção de pais de crianças e adolescentes, governo e profissionais da saúde com relação à questão do suicídio e da Automutilação. As pessoas podem procurar informações e contribuir, tornando-se consumidores proativos e produtores de informação que podem ser facilmente compartilhadas de forma ampla entre amigos através de mídias sociais e redes.

Na ocasião, a figura apresentada para os jovens foi facilmente relacionada ao assunto tema. Os participantes refletiram sobre a exposição de vidas “perfeitas” nas redes sociais e o entendimento de que essa sensação de “perfeição” pode vir a ser um gatilho para comportamentos

ansiosos. Ao se referir às redes sociais, um estudante se manifestou: “É o que mais tira a saúde mental de alguém”. Outro afirmou: “Não é a vida real. É sempre um momento perfeito. Isso traz um impacto grande na gente”. Diante da livre manifestação, seguimos com a construção do DSC, que está apresentado de forma detalhada no Apêndice H.

A produção dos discursos relacionados a redes sociais e saúde mental nos mostra que mesmo diante da importância e da vasta utilização que as redes têm na vida dos adolescentes, estes são capazes de discernir sobre os possíveis impactos negativos que elas podem ter no cotidiano deles.

Quadro 10 - Construção do DSC sobre as redes sociais como potencial para surgimento de sentimentos ruins. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 1	
REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL IAD 2	
AGRUPAMENTO A– Rede Social como potencial para surgimento de sentimentos ruins.	
EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
1 – E1. É o que <i>mais tira a saúde mental de alguém</i>. 3 – E3. - <i>Jogo dá estresse. Jogar e assistir</i>. 5 – E5. - Quando eu acesso as redes sociais eu vejo <i>aparentemente a vida perfeita das pessoas. É o paraíso da vida. Às vezes a gente fica meio angustiado com isso</i>. 6 – E6. - <i>É sempre o momento perfeito, é a felicidade, né? O registro de um momento feliz. E isso tem um impacto muito grande. Faz a gente se sentir ruim</i>.	<i>Eu acho que jogo dá estresse. Jogar e assistir. Quando eu acesso as redes sociais eu vejo aparentemente a vida perfeita das pessoas. É o paraíso da vida. Às vezes a gente fica meio angustiado com isso. É sempre o momento perfeito tem um impacto muito grande. Faz a gente se sentir ruim, isso é o que mais tira a saúde mental de alguém.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao DSC produzido a partir das ideias centrais do agrupamento A, podemos perceber que os estudantes identificam que o uso das redes sociais causa sentimentos como estresse e angústia. Durante o encontro, assim que essa temática foi iniciada, começou um turbilhão de falas versando sobre as desvantagens das redes, os malefícios do uso indiscriminado e um diálogo “acirrado” na tentativa de estabelecer qual a pior rede social, seja pela quantidade de *haters* ou pela permissibilidade diante de conteúdos nocivos à saúde mental. De acordo com a fala de um estudante: “Tem uma rede social pior que é o *Discord*. Mesmo você escolhendo com quem fala, existem muitas comunidades ruins e a rede não faz nada. É um terreno mais livre”.

De acordo com Daine K, *et al.* (2013):

A liberdade proporcionada pela discussão e atividade on-line pode aumentar o

potencial da Internet de exercer efeitos positivos ou negativos sobre a saúde psicológica dos usuários. Esses comumente são adolescentes vulneráveis, suscetíveis à intimidação, vitimização e exclusão social. (p.1).

Essa visão de ambiguidade que é expressa por esses autores surge na construção do IAD 2 do agrupamento B. Os participantes demonstram através de suas falas que as redes sociais podem sim atuar de forma positiva, quanto de forma negativa na vida de alguns, não possuindo uma “fantasia” diante dos conteúdos virtuais.

Quadro 11 - Construção do DSC sobre as percepções de ambiguidade no conteúdo das redes sociais. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 1	
REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL IAD 2	
AGRUPAMENTO B– Percepção de ambiguidade no conteúdo das redes sociais.	
EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
2 – E2. - <i>Eu acho massa</i> porque assisto meu jogo. Uns forrozinhos. <i>Tem coisa que não preste tbm.</i>	<i>Eu acho massa mas as vezes me sinto ansioso. Ocupa meu tempo e pode muito bem ser usadas pra divertir, pra distrair, mas também podem ser usadas como válvulas de escape que às vezes não é tão bacana, porque tem coisas que não presta também.</i>
4 – E4. - <i>Ocupa meu tempo. E às vezes me sinto ansioso.</i>	
7 – E.7 - As redes sociais podem <i>muito bem ser usadas pra divertir, pra distrair,</i> mas elas também <i>podem ser usadas como válvulas de escape que às vezes não é tão bacana.</i>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale ressaltar que em nenhum momento os participantes falaram sobre em que momentos eles percebem no seu cotidiano os impactos dos conteúdos que podem vir a ser prejudiciais. Eles destacaram que reações como: choro, isolamento e guardar para si mesmo o que estão sentindo são comportamentos comuns quando eles se deparam diante de um momento difícil. Isso pode vir a indicar que mesmo entendendo a ambiguidade e expressando ela de forma enfática, correlacionar com o seu cotidiano e além disso conseguir discernir sobre o seu uso das redes, ainda é algo que precisa ser melhor elaborado por eles.

A partir das falas dos adolescentes, fomos tecendo uma rede de informações, na tentativa de captar o que seriam esses impactos, provocar reflexão e autoconhecimento, pensando juntos novas formas de comportamentos que não sejam prejudiciais ou de risco. Algumas figuras que estavam no centro do círculo e representavam práticas saudáveis que poderiam ser inseridas no cotidiano e substitutivas aos comportamentos impulsivos e de autolesão foram brevemente mencionadas e anunciadas que fariam parte de um próximo momento. Com isso, a ideia era despertar neles curiosidade diante de uma temática que ainda será melhor trabalhada em uma prática de metodologia ativa.

5.4.4 Avaliando o momento

Neste momento, iniciamos a etapa de finalização e as devidas pactuações para o próximo encontro, o primeiro de caráter virtual, sendo acordado para a semana seguinte, com o horário em consenso com os participantes.

Com relação à avaliação do encontro, optou-se pela utilização de emojis, que são representações gráficas comumente utilizadas em aplicativos de troca de mensagens online, utilização que é uma estratégia de aproximação com a realidade dos participantes, na perspectiva de estimular a adesão da atividade. Na saída do auditório onde aconteceu o encontro, estavam dispostos em um cavalete 3 (três) emojis: Sorridente (indicando que foi ótimo); Sério (indicando que foi bom) e triste indicando que não gostaram do encontro. Após a explicação da atividade, os adolescentes foram se dirigindo até a saída e realizando a avaliação.

Figura 6 - Avaliação do Primeiro Encontro da Intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados da primeira avaliação foram: 81% (22 estudantes) indicaram que a intervenção foi ótima, 15% 4 (quatro) estudantes marcaram X no *emoji* sério e 4% 1 (um) optou pelo *emoji* triste, tendo, portanto, uma avaliação que pode ser considerada positiva.

Os facilitadores, através de seus diários de campo observaram que a atividade programada foi bem aceita pelos participantes e avalia como excelente a frequência, dada a participação da totalidade de alunos, mesmo se tratando de uma atividade não obrigatória. Como potencialidade, destaca-se a participação dos estudantes, a ambiência e a fala acessível dos facilitadores; e como fragilidade, destacamos a questão do tempo para a realização da

atividade.

Neste momento, iniciamos o momento de finalização e pactuação de dia e hora para o próximo encontro, que seria online.

5.5 SEGUNDO ENCONTRO: AUTOMUTILAÇÃO E AUTOIMAGEM

Este encontro teve caráter virtual, através do *Google Meet*, plataforma que já era utilizada pelos estudantes durante o período de aulas online. Como previamente combinado com os estudantes, o link de acesso foi encaminhado 10 (dez) minutos antes do início, pelo grupo em aplicativo de mensagem formado no encontro de apresentação. Conforme relatado anteriormente, houve grande resistência ao fato de parte da intervenção ser virtual e mesmo aguardando um pouco para iniciar o encontro ele teve presença de apenas 9 (nove) estudantes.

Nesse sentido, os participantes foram acolhidos com uma música de fundo e informados de como o momento havia sido pensado, fortalecendo o propósito de livre manifestação, seja de forma escrita, falada ou através de imagens e músicas, deixando claro o caráter sigiloso das publicações nos murais.

O encontro foi mediado através do *Padlet*, que é uma ferramenta digital, de acesso gratuito, que possibilita de forma colaborativa a construção virtual de murais, e que pode ser acessado pela internet de qualquer computador ou celular com aplicativo. Este momento deu continuidade ao anterior, porém abordando temas mais específicos: Automutilação e Autoimagem. Mesmo se tratando de uma intervenção educativa com o intuito preventivo e tendo sido explanado para os participantes que o foco seria nesse sentido, fez-se necessário entender como o fenômeno da autolesão era entendido por esse grupo em específico.

Após a acolhida e as devidas instruções, foi enviado um *link* no *chat* da plataforma que dava acesso ao primeiro mural, e o título do painel era: Vamos falar sobre automutilação! Podemos falar sobre isso? A partir dessa pergunta, os adolescentes foram convidados a falar o que pensavam sobre o tema.

5.5.1 Vamos falar sobre automutilação?

Figura 7 - *Print* da imagem gerada no *Padlet* no segundo encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pela autora.

Partindo desse tema, fomos tecendo um diálogo sobre o assunto, realizando intervenções pontuais com a finalidade de integrar as ideias. Ademais, como resultado do primeiro momento do encontro, apresento abaixo o DSC referente à temática. O detalhamento do processo de construção dos dois discursos está apresentado no Apêndice I.

Quadro 12 - Construção do DSC sobre automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 2	
AUTOMUTILAÇÃO IAD 2	
AGRUPAMENTO A - Automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E1. - As pessoas que sofrem com isso de automutilação, é pra aliviar as dores. 2- E2. - A pessoa que se machuca por se sentir angustiado, sozinho. 4 – E4. - Uma forma de aliviar sua dor ou raiva. 5 – E5. - Eu acho que no momento da crise de uma pessoa seria como um gatilho para aliviar o que está sentindo no momento.	<i>As pessoas que se automutilam, ao se verem em um momento de crise entendem o ato como uma forma de alívio diante da dor, raiva, angústia ou outro sentimento ruim naquele momento.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Na construção do DSC que envolve as ideias centrais do agrupamento A, os adolescentes demonstram um entendimento empático com relação à automutilação. Assim, mesmo não falando sobre experiências vivenciadas, eles manifestam conhecer o tema, entendendo como um sofrimento, por vezes provocado por sensação de solidão, momentos de crise e a tentativa de obtenção de alívio imediato.

Quesada *et al.* (2020) afirmam que no ato da automutilação a pessoa percebe a dor emocional sendo colocada em segundo plano pela dor física, o que traz uma impressão de alívio, mesmo que de forma momentânea, sendo, portanto, uma forma fisiológica do sistema de defesa do corpo, liberando endorfina como resposta ao ato. Porém, logo em seguida, a

angústia retorna, por vezes de forma mais intensa e com a sensação de culpa. Os motivos são variados e podem estar relacionados à autopunição, influência do meio e regulação das emoções.

Segundo Couto (2017, p.248):

O indivíduo se ajusta aos eventos e emoções que lhe proporcionam dor que ocorrem no mundo externo e são sentidas internamente, é por meio da autolesão que ele busca a homeostase, a autolesão configura-se, portanto, como uma forma de ajustamento do organismo ao meio-ambiente.

O outro agrupamento de ideias centrais foi relacionado ao entendimento dos pais diante dessa situação. Mais uma vez percebe-se que os participantes não se expressam em primeira pessoa, o que pode indicar um distanciamento por parte dos participantes do encontro com relação ao tema. A afirmação por parte dos participantes de que os pais não entendem do assunto foi colocada como uma ancoragem na construção do discurso, por se entender que os participantes estão repassando uma crença/teoria generalizada de que os pais, em sua maioria, não entendem o pensamento adolescentes. Eles anunciam uma “realidade”, ao mesmo tempo que afirmam que nunca tentaram conversar com os pais sobre isso, não tendo vivenciado a experiência.

Quadro 13 - Construção do DSC sobre automutilação como assunto que os pais não entendem. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 2	
AUTOMUTILAÇÃO IAD 2	
AGRUPAMENTO B - Os pais não entendem o assunto. (Ancoragem)	
EXPRESSÕES – CHAVE	DSC
1-E1. - E não, <u>eu não acho que os pais não entendem esses assuntos</u> , eles julgam e chamam até de besteira.	<i>Eu não acho que os pais de adolescentes que se automutilam não entendem sobre este assunto. Eles julgam os filhos e consideram uma besteira.</i>
3- E3. - <u>Acho que os pais não entendem.</u>	

Fonte: Elaborado pela autora.

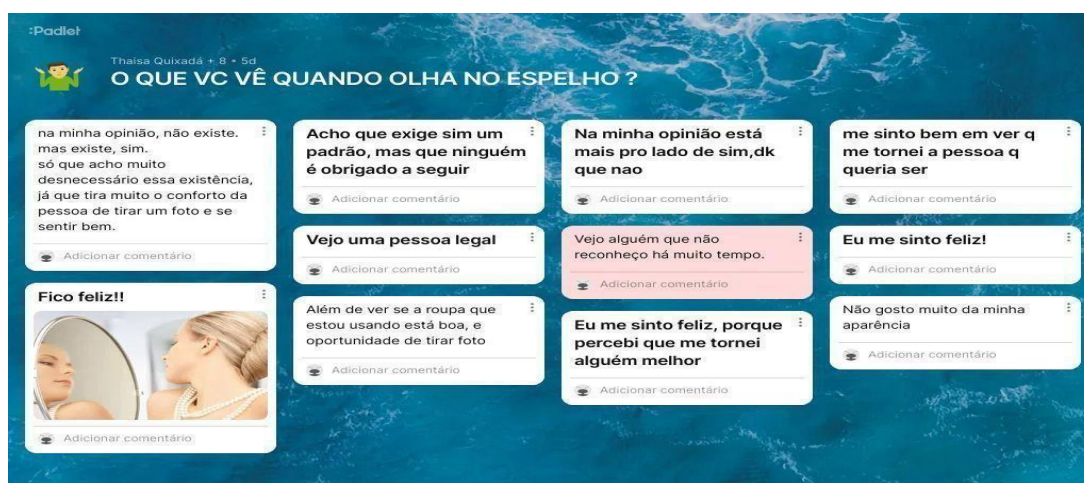
Porém, assim como no primeiro encontro, os adolescentes relataram a dificuldade de uma relação de diálogo com os pais, expressando a dificuldade de tratar, por vezes, sobre assuntos corriqueiros e que diante de uma temática mais sensível, esta dificuldade é potencializada. Tais relatos reforçam o sentimento de incompreensão e o distanciamento dos pais ou responsáveis no período da adolescência.

5.5.2 O que você vê quando olha no espelho?

Após essa primeira intervenção, outro *link* foi enviado através do chat da plataforma para tratarmos sobre outro assunto: Autoimagem – O que você vê quando se olha no espelho? O intuito de trabalhar esse tema foi complementar a aplicação da Escala de *Stunkard*, como parte do questionário utilizado na primeira etapa desta pesquisa.

Segundo Aberastury (1981), para o adolescente, a sua representação concreta de identidade é o corpo, demandando deste indivíduo uma adaptação muito rápida, devido às mudanças que acontecem diariamente, em um processo desconhecido e doloroso ao deixar o corpo da infância e estabelecer uma nova relação com ele e com o mundo. Esse fator pode vir a gerar crises e conflitos e ser responsável pelo sofrimento.

Figura 8 - *Print* da imagem gerada no *Padlet* no segundo encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Padlet.

Durante o encontro, os adolescentes foram expressando de forma descritiva sobre como é a relação deles com o espelho. Vale ressaltar que alguns participantes levaram o questionamento para além da aparência física, relacionando a forma como se vê com a evolução pessoal, por exemplo. Também foram provocados a falar sobre a opinião deles com relação ao padrão de beleza e às redes sociais, produzindo assim 4 (quatro) DSC, que estão detalhados quanto a sua construção no Apêndice J desta dissertação.

Quadro 14 - Construção do DSC sobre A existência de um Padrão de Beleza. (Ancoragem).
Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 2	
AUTOIMAGEM IAD 2	
AGRUPAMENTO A- A existência de um Padrão de Beleza. (Ancoragem)	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1 – E1. Eu queria muito que não existisse um <u>padrão de beleza sabe? Na minha opinião, não existe. Mas existe, sim. Só que acho muito desnecessário essa existência, já que tira muito o conforto da pessoa de tirar uma foto e se sentir bem.</u> 3 - E3. - <u>Acho que exige sim um padrão, mas que ninguém é obrigado a seguir.</u> 8 – E8. - Mas sei que <u>algumas pessoas sentem muita pressão em seguir um padrão de beleza.</u>	Eu queria muito que não existisse um <i>padrão de beleza sabe? Mas existe, sim. Só que acho muito desnecessário essa existência e também acho que ninguém é obrigado a seguir. Até porque algumas pessoas sentem muita pressão em seguir esse padrão e isso tira muito o conforto da pessoa de tirar uma foto e se sentir bem.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os participantes em sua maioria concordam com a existência de um padrão, ou seja, que existem características que compõem um modelo “ideal” de beleza. Porém, também expressaram de forma clara a não obrigatoriedade em seguir essas características e que os padrões podem remeter a uma sensação de desconforto, ao por exemplo tirar uma foto.

Aqui, é preciso estabelecer uma relação entre a produção de dois DSC’s, tendo em vista que as redes sociais são hoje para os adolescentes o principal meio de exposição da sua imagem corporal, entendemos interessante fazer um contraponto com o DSC do agrupamento B - Autoimagem e redes sociais.

Quadro 15 - Construção do DSC sobre Autoimagem e redes sociais. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 2	
AUTOIMAGEM IAD 2	
AGRUPAMENTO B- Autoimagem e redes sociais.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC

4 – E4. – <i>Quando me olho no espelho além de ver se a roupa que estou usando está boa, é oportunidade de tirar foto.</i>	<i>Gosto de tirar foto diante dele, além de ver se a roupa que estou usando está boa é uma oportunidade para postar. Me deixa animada.</i>
6 – E6. – <i>Gosto de tirar foto diante dele</i> e me sentir confortável.	
8 – E8. – <i>Gosto de olhar no espelho e postar foto. Me deixa animada.</i>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre a relação dos adolescentes e sua imagem corporal nas mídias sociais, Lira *et al.* (2017, p. 169) afirma:

É relevante conceituar que estamos falando de uma geração que já nasceu na era digital. Essa geração busca na mídia respostas para questões cotidianas e descontentamentos. Se imagens de corpos “perfeitos” são veiculados e essas pessoas as veem repetidamente, começam a acreditar que é uma versão da realidade, e não alcançar tal ideal é motivo de frustração e insatisfação.

Ao analisarmos de forma próxima os dois discursos, percebe-se para que para além da afirmação da existência de um padrão, atualmente ele é divulgado em larga escala pela internet, local no qual também é um repositório do conteúdo publicado pelos adolescentes que participaram da intervenção, repetindo um padrão que em alguns momentos eles mesmos definem como desconfortável em algum momento, porém ao estarem com uma “roupa boa”, ou seja, dentro do padrão, sentem-se animados.

Os padrões estéticos apresentados no mundo virtual são condizentes com os exibidos na vivência real, em ambos os casos são regulamentários e tendem a se tornar ditatoriais, trazendo consequência negativas para os sujeitos que não atendem a essas expectativas, como baixa autoestima e autodepreciação. Exigem ainda um esforço excessivo dos que tentam se ajustar a um modelo pré-estabelecido para se reapresentar socialmente, com corpos-imagem ideais. (OLIVEIRA, 2021, p. 2670).

Partindo do pressuposto que durante este período do desenvolvimento essa sensação de ambivalência é algo comum, faz-se necessário acompanhar de forma atenta, dada as questões relacionadas à autoimagem, autoestima e sofrimento psíquicos que podem vir a se manifestar de forma mais intensa e frequente ou vir a perdurar por outros períodos, eclodindo em sofrimentos futuros.

No tocante aos agrupamentos C e D, também conseguimos estabelecer um diálogo entre os dois discursos produzidos, mesmo apresentando opiniões opostas com relação à temática. Segue a produção do DSC do agrupamento C, que expressa uma visão negativa da autoimagem pelos participantes:

ENCONTRO 2	
AUTOIMAGEM IAD 2	
AGRUPAMENTO C- Visão negativa da autoimagem.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
10- E10. - <i>Vejo alguém que não reconheço há muito tempo. Acho que é mais como me sinto dentro de mim</i> , aí sei lá. Não gosto do que vejo.	<i>Não gosto muito da minha aparência. Vejo alguém que não reconheço há muito tempo. Acho que é mais como me sinto dentro de mim, aí sei lá.</i>
11 – E11. - <i>Não gosto muito da minha aparência.</i>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao agrupamento D, os participantes expressaram uma visão positiva acerca da autoimagem, conforme o IAD 2, abaixo:

Quadro 17 - Construção do DSC sobre a visão positiva da autoimagem. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 2	
AUTOIMAGEM IAD2	
AGRUPAMENTO D - Visão positiva da autoimagem.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E1. - <i>A maioria dos dias eu gosto do que vejo.</i>	<i>Quando me olho no espelho eu vejo uma pessoa legal. Me sinto feliz na maioria dos dias, gosto de olhar. Teve uma época em que não conseguia me ver assim. Me sentia mal comigo, mas agora percebo que me tornei alguém melhor, me sinto bem em ver que me tornei a pessoa que eu queria ser, além das aparências.</i>
2 – E2. - <i>Eu me sinto feliz</i> , porque percebi que <i>me tornei alguém melhor</i> .	
5 – E5. – <i>Gosto do que vejo</i> . Na minha opinião está <i>mais pro lado de sim, do que não</i> .	
6- E6. - <i>Eu me sinto feliz com o que vejo no espelho.</i>	
7- E7. - <i>Me sinto bem em ver q me tornei a pessoa q queria ser.</i>	
8- E8. - <i>Fico feliz!! Gosto de olhar no espelho.</i>	
9 – E9. - <i>Vejo uma pessoa legal, além das aparências. Mas já passei uma época que não conseguia ver assim. Me sentia mal comigo.</i>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Na construção dos dois DSC's, podemos perceber que ao responderem ao questionamento inicial os participantes estabelecem relação entre a aparência física com a forma como estão se sentindo no momento, e isto chega a refletir na imagem que surge no espelho. Ao passo que quando estão sentindo-se bem consigo, o reflexo é de uma “pessoa legal”, “alguém melhor”, “a pessoa que queria ser”; e no sentido oposto, alguém que não gosta da sua aparência e que “não reconheço a muito tempo”.

Em relação específica ao agrupamento D, o discurso nos mostra um adolescente que

outrora já se sentiu mal com a imagem refletida e atrela a mudança da forma de se enxergar a um processo de mudança pessoal e que ultrapassa as aparências.

Tendo cessado as discussões e questionamentos, o encontro foi direcionado para a finalização, reafirmando a pactuação da data e formato para o terceiro encontro. Dessa forma, um último *link* foi enviado através do chat para o preenchimento da frequência dos participantes, assim como uma avaliação do momento que deveria ser realizada por eles. A avaliação era composta de duas perguntas: Como você avalia o encontro? Com as opções: Ótimo, Bom ou Ruim; e uma segunda pergunta, de caráter subjetivo: Qual sua sugestão para nosso próximo encontro.

Com relação ao resultado da primeira pergunta da avaliação, 86% (seis participantes) ótimo e 15% (um participante) afirmou que foi bom. Nenhum participante se manifestou como ruim. Nas respostas subjetivas, que pediam sugestões, elas foram bem variadas. A mudança do caráter virtual para o presencial foi lembrada por 1 (um) participante; 2 (dois) afirmaram não saber o que sugerir; 1 (um) escreveu para conversar mais sobre automutilação; 1 (um) solicitou sugestões sobre como melhorar as emoções e evitar estresse; e 2 (dois) afirmaram que bastava continuar como já estava.

A avaliação do momento por parte dos facilitadores, realizada através de seus diários de campo, observaram que a atividade foi bem aceita pelos participantes, porém considera baixa a participação diante do número geral de alunos, o que pode vir a indicar a resistência aos momentos das intervenções realizadas de forma virtual. Como potencialidade destaca-se a participação dos estudantes, mesmo que de forma escrita e a produção de conteúdo, e como fragilidade destacamos a baixa adesão e a pouca participação através da fala.

De acordo com as respostas da avaliação, podemos considerar este encontro interventivo como positivo para os participantes. Identificamos também que os adolescentes não tiveram dificuldades no uso das tecnologias que foram utilizadas durante o momento.

5.6 TERCEIRO ENCONTRO: AGREGANDO NOVOS CONHECIMENTOS

Este momento foi desenvolvido com o intuito de preencher algumas lacunas de conhecimento que foram surgindo durante o processo interventivo, no sentido de fornecer aos adolescentes uma fonte de referência segura, na qual pudessem discutir e embasar suas opiniões e refletir sobre elas. Assim, o encontro foi realizado na própria sala de aula, devido à falta de disponibilidade do auditório. Ademais, estavam presentes na sala 30 (trinta) estudantes, todos convidados e avisados que não possuía caráter obrigatório, todos os adolescentes optaram por participar do momento. Eles foram convidados a se dividirem em 5

(cinco) grupos, de acordo com a preferência deles.

Como arcabouço teórico para este momento, foi utilizada a cartilha, conforme previsto na metodologia deste estudo. Os itens foram divididos da seguinte forma: Primeiros socorros emocionais (GRUPO 1); Guia de autocuidado: ser adolescente e jovem que se cuida! Com o enfoque nos tópicos: Saber lidar com as dificuldades (GRUPO 2); O que é autocuidado? (GRUPO 3); Formas de Autocuidado (GRUPO 4 e 5).

Outras tecnologias educacionais também muito utilizadas são as impressas, como cartilhas, caracterizadas como instrumento que viabiliza uma efetiva compreensão do tema pelo público, de fácil acesso e interativa, contemplando linguagem verbal e não verbal, e passível de aplicação junto aos adolescentes em diversos cenários, tais como o estudantil e serviços de saúde. São relevantes pelo potencial de promover resultados expressivos, com melhor entendimento da linguagem e, conseqüentemente, um conhecimento de forma rápida. (SILVA, 2017).

A escolha pela utilização desta cartilha em específico foi direcionada de acordo com as palavras geradoras provenientes do encontro de apresentação e de acordo com o desenvolvimento das temáticas que foram tratadas nos encontros anteriores, sendo disponibilizadas impressas de forma completa aos participantes, assim como o link de acesso disponibilizado no grupo de aplicativo de mensagem.

Figura 9 - Fotos do terceiro encontro da intervenção. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Montagem de fotos realizadas pela autora realizadas no dia do terceiro encontro.

Os participantes tiveram um tempo de 20 minutos para a realização da leitura compartilhada e discussão nos grupos menores. Após esta etapa, um representante de cada grupo apresentava para os demais participantes um resumo do que eles entenderam do texto e sua opinião sobre o assunto, propiciando uma troca de conhecimento entre pares acerca do conhecimento que acabara de ser adquirido.

De acordo com Surjus et al (2019, p. 72):

A Educação Popular e a Educação entre Pares têm como premissa básica provocar transformações na realidade, o reconhecimento e a valorização de experiências e saberes de todo, garantindo a diversidade nos espaços de fala e a participação ativa de quem vive inserido em contexto de vulnerabilidade, que é por ele afetado e sobre o qual pode ser um agente de mudança, através do desenvolvimento de autonomia e protagonismo.

A oferta desse espaço de protagonismo para os participantes possibilitou a fala livre por partes dos que estavam apresentando e o respeito ao que estava sendo dito por parte dos

demais. Propiciando um momento de construção de conhecimento entre eles. Em alguns momentos foi possível perceber a descoberta de um novo conceito e apropriação deles em suas falas. Ademais, demonstraram mudanças entre algumas definições que eles apresentaram nos encontros anteriores, que possuíam como base o conhecimento prévio e de senso comum. Essa evolução torna-se perceptível na construção dos discursos que seguem.

5.6.1 Novo conceito de saúde mental

Como a opinião dos participantes teve um embasamento teórico, por terem partido da leitura da cartilha, optou-se por classificar os discursos produzidos nesse encontro como ancoragens. O detalhamento da construção do DSC está apresentado no Apêndice L desta dissertação.

Diante do agrupamento das ancoragens que surgiram, é possível perceber uma diferença com relação à temática da saúde mental, que foi expressa no primeiro encontro, ao que surge após a leitura e troca de conhecimentos. Conforme nos mostra de forma clara o DSC a seguir:

Quadro 18 - Construção do DSC sobre saúde mental como algo integral e multifatorial. (ANCORAGEM). Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 3	
SAÚDE MENTAL IAD 2	
AGRUPAMENTO A– Saúde Mental como algo integral e multifatorial. (ANCORAGEM)	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1 - E1. - <u>Saúde mental é muito além da saúde física e mais do que um transtorno mental. As pessoas acham que só quem tem transtorno mental tem que se cuidar</u>, apenas essas e <u>na verdade a gente tem que cuidar sempre</u>. 2- E2- <u>Saúde mental contribui pros relacionamentos do dia a dia</u> e para em trabalhos e também <u>para o nosso bem-estar como ser humanos e pessoas da sociedade</u>. 3- E3 – <i>Existe muito preconceito</i> com relação a saúde mental. Ela está em atitudes do dia a dia que a gente precisa desenvolver pra conseguir <u>viver melhor em sociedade, viver melhor as nossas relações</u>.	<i>Saúde mental é muito além da saúde física e mais do que um transtorno mental. As pessoas acham que só quem tem transtorno mental tem que se cuidar, na verdade a gente tem que cuidar sempre. Ela contribui pros relacionamentos do dia a dia, para o nosso bem-estar como ser humanos, para que possamos viver melhor nossas relações.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os discursos nos apresentam um pensamento ampliado no conceito de saúde mental. No decorrer das falas dos participantes, eles demonstraram que através da leitura e troca de saberes foi possível perceber que o tema deixou de ser entendido como algo apenas ligado à mente ou ao comportamento humano, passando a ser visto como algo multifatorial, que perpassa o físico e não se limita a ausência de transtorno mental, sendo entendido como algo que possa também contribuir com as relações e que precisa ser cuidado nas atividades cotidianas.

5.6.2 Como você lida com as emoções?

O segundo tópico da cartilha trazia uma discussão com os adolescentes sobre as formas como eles lidam com suas emoções. Assim, mesmo aqui neste estudo mencionamos as mudanças que são relacionadas a adolescência, seja na questão física, emocional, comportamental e interpessoal.

A ideia era possibilitar a reflexão sobre as formas como eles lidam com as emoções e fornecer práticas que possam vir a ser mais saudáveis, mas principalmente deixá-los livres para falarem sobre si mesmos e sobre as dificuldades que eles podem vir a ter diante da manifestação de uma emoção nova. Como o discurso teve como base um referencial teórico, optou-se por classificar os elementos das falas como ancoragem, o seu processo de construção está esmiuçado no Apêndice M.

De acordo com as ancoragens estabelecidas, conseguimos unificar as ideias em um agrupamento: A importância das habilidades sócio emocionais desenvolvidas diante das inconstâncias da vida. O que deu origem ao discurso do sujeito coletivo a seguir:

Quadro 19 - Construção do DSC sobre a importância das habilidades sócio emocionais desenvolvidas, diante das inconstâncias da vida. (ANCORAGEM). Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 3	
COMO VOCÊ LIDA COM AS EMOÇÕES IAD 2	
AGRUPAMENTO A– A importância das habilidades sócio emocionais desenvolvidas, diante das inconstâncias da vida. (ANCORAGEM)	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E1.- O texto fala sobre como lidar com seus problemas e o que a gente faz para se sentir melhor. <u>A gente precisa resolver as coisas ruins que sentimos de um jeito que não tragam consequências e nem negatividade pra ninguém.</u> Aí não dê pra qualquer coisa. 2-E2. - <u>Eh a gente muda repetidamente né? Mesmo quando a gente nem percebe está mudando.</u> E é <u>difícil entender tudo isso que a gente sente.</u> Mas eu acho que da pra <u>entender agora que sou capaz de mudar e me sentir melhor.</u> 3-E3. - Aí eu também <u>entendi que até a maneira da gente pensar, sentir muda também.</u> É. O texto fala um pouco das mudanças que acontecem, né? 4-E4. – <u>Eu mudei muito de um tempo pra cá. Na forma de se comportar, na forma de sentir. Eu não lido mais da mesma forma que antes com os meus sentimentos, eu acho que hoje estou melhor. Acho que esses momentos ajudam.</u>	<i>Eh a gente muda repetidamente né? Mesmo quando a gente nem percebe está mudando e é difícil entender tudo isso que a gente sente. Eu entendi que até a maneira da gente pensar, sentir muda também. Eu mudei muito de um tempo pra cá. Na forma de me comportar, na forma de sentir. A gente precisa resolver as coisas ruins que sentimos de um jeito que não tragam consequências e nem negatividade pra ninguém Eu não lido mais da mesma forma que antes com os meus sentimentos, eu acho que hoje estou melhor entendendo agora que sou capaz de mudar e me sentir melhor. Acho que esses momentos ajudam.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante da construção do discurso pode-se perceber a velocidade das mudanças que os próprios adolescentes percebem em si mesmos, como um temporal difícil de controlar, assim como a dificuldade que sentem em entender, reagir e acomodar novas informações, experiências, sentimentos e emoções. Em suas falas, podemos perceber que eles fazem o que são capazes, diante das habilidades que estão disponíveis para eles nos momentos. Ou seja, eles fazem o que podem, com o que eles possuem. E o discurso nos mostra a disposição para mudar e melhorar, demonstrando um conceito amplo de mudança, indo além da aparência e invadindo o campo do sentir, tentando entender que essas emoções intensas é algo que precisa ser vivido de forma não prejudicial para si e para as suas relações.

5.6.3 Autocuidado

Seguindo a sequência das exposições, os grupos 3,4 e 5 ficaram com a temática de autocuidado. Por se tratar de uma mesma temática, reunimos a fala dos participantes em um mesmo DSC. A descrição pormenorizada do processo está apresentada no Apêndice N

desta dissertação.

Quadro 20 - Construção do DSC sobre as definições de Autocuidado (ANCORAGEM).

Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 3	
AUTOCUIDADO IAD 2	
AGRUPAMENTO A– Definições de Autocuidado. (ANCORAGEM)	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E1. - Esse texto é sobre autocuidado e o que eu entendi foi que <u>no autocuidado nós devemos cuidar do corpo e da alma. Eu percebo que falta mais autocuidado em si próprio porque às vezes a gente não se valoriza</u> a gente tem que ter mais cuidado na mente e no corpo. 2-E2. - <u>Autocuidado é tudo aquilo de positivo que a gente faz pra se sentir bem.</u> E o principal, autocuidado <u>é uma prática do dia a dia, não precisa ser nada extraordinário.</u> 3-E3 – Eu entendo bem parecido com o que a colega falou. A gente tem diferentes tipos, <u>tem o cuidado psicológico, se conhecer melhor, ficar bem consigo mesmo,</u> como também interagir com as pessoas que nos querem bem. <u>E tem também o autocuidado emocional.</u> Tem exemplo de <u>autocuidado psicológico que escrevemos diário, permitimos que os outros conheçam diferentes aspectos da gente</u> e também na <u>parte emocional é importante passar tempo com quem você gosta, manter contato com pessoas importantes na sua vida,</u> amar a si próprio. 4-E4. - Nós lemos sobre autocuidado físico, na comunidade, local de trabalho, escola e o espiritual. <u>O autocuidado físico é importante para estarmos bem com o nosso corpo e o autocuidado espiritual é importante para que as pessoas encontrem um propósito. E o autocuidado nos ajuda a ter e manter um relacionamento saudável com o colega, familiares e no ambiente em que frequentamos.</u>	<i>Autocuidado é tudo aquilo de positivo que a gente faz pra se sentir bem. Nós devemos cuidar do corpo e da alma e é uma prática do dia a dia, não precisa ser nada extraordinário. O autocuidado físico é importante para estarmos bem com o nosso corpo e o autocuidado espiritual é importante para que as pessoas encontrem um propósito. Tem o cuidado psicológico, que é se conhecer melhor, ficar bem consigo mesmo, escrever um diário, permitir que os outros conheçam diferentes aspectos da gente. E tem também o autocuidado emocional porque é importante passar tempo com quem você gosta, manter contato com pessoas importantes na sua vida.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Através da construção do discurso pode-se perceber um entendimento mais amplo do conceito de autocuidado se compararmos com o que eles mencionaram em encontros anteriores, apresentando como algo que pode ser simples e do nosso cotidiano. Segundo Scavancini (2021), “autocuidado é tudo aquilo de positivo que fazemos para nos sentirmos

bem, seja algo ligado ao físico, social, mental ou espiritual. É dar atenção a si mesmo, conhecer as necessidades, buscar o bem-estar e pedir ajuda quando necessário”.

Diante das falas dos participantes, podemos perceber o quanto eles demonstraram mais confiança e certeza sobre suas opiniões, dados exemplos pessoais que não estavam citados na cartilha, o que indica uma apropriação e entendimento diante do que foi lido, refletido em grupo e repassado.

Quadro 21 - Construção do DSC sobre práticas de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 3	
AUTOCUIDADO IAD 2	
AGRUPAMENTO B– Práticas de Autocuidado	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E1. - Esse texto é sobre autocuidado e o que eu entendi foi que <u>no autocuidado nós devemos cuidar do corpo e da alma</u>. <i>Eu percebo que falta mais autocuidado em si próprio porque às vezes a gente não se valoriza, a gente tem que ter mais cuidado na mente e no corpo.</i> 5 - E5. - E tem atividades que <u>podem melhorar nossa saúde como hobbies, pratica de esporte, desenhar, jogar e tudo isso</u> contribui pra saúde mental. 6 - E6 – <i>Existe muito preconceito</i> com relação à saúde mental. <u>Ela está em atitudes do dia a dia que a gente precisa desenvolver</u> pra conseguir <u>viver melhor em sociedade, viver melhor as nossas relações</u>. 7- E7. - <i>Quando não estou me sentindo muito bem. Vou pescar. Vou jogar bola.</i>	<i>Eu percebo que falta mais autocuidado em si próprio porque às vezes a gente não se valoriza, a gente tem que ter mais cuidado na mente e no corpo. Existem atividades que podem melhorar nossa saúde. Como hobbies, pratica de esporte, desenhar, jogar e tudo isso. São atitudes do dia a dia que a gente precisa desenvolver para viver melhor em sociedade, viver melhor as nossas relações. Quando não estou me sentindo muito bem. Vou pescar. Vou jogar bola</i>

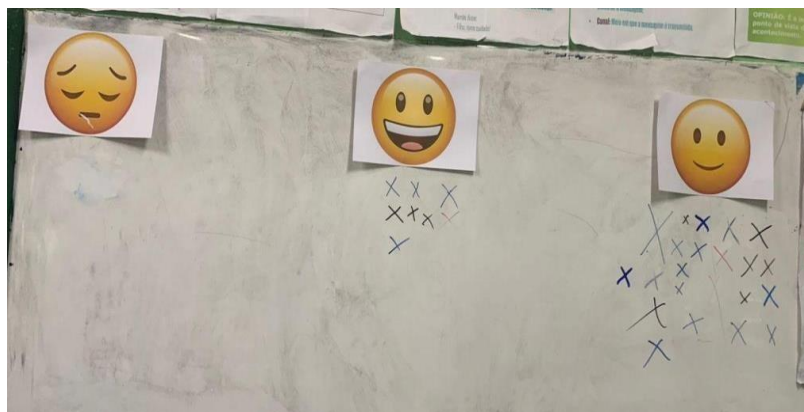
Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação às atividades que auxiliam na promoção do bem estar, os adolescentes relataram que algumas atividades mencionadas nos encontros anteriores por eles podem ser entendidas como práticas de autocuidado, podendo ser algo simples e do dia a dia, às quais eles possam ter acesso, e que elas aconteçam de forma singular, não existindo algo que possa ser amplamente reproduzido. Assim, atividades que por eles eram realizadas ganham outro olhar por poderem ser consideradas formas de promover ou prevenir a saúde mental, aproximando-os do tema e fornecendo ferramentas de cuidado. Visualizar essas práticas em atividades simples, do cotidiano (prática de esportes, desenhar, jogar), potencializa entre os participantes o autocuidado e é capaz de auxiliar na desmistificação do tema e aproximá-lo da realidade dos participantes.

Após a finalização de todos os grupos, checamos se eles teriam alguma dúvida ou algo mais que gostariam de expressar, os participantes afirmaram que estavam satisfeitos. Os adolescentes participaram de forma ativa e demonstraram que os textos trouxeram informações novas sobre o tema. Não houve resistência quanto à atividade ou falta de participação de nenhum grupo, sendo assim seguimos com as pactuações para o próximo encontro, de caráter virtual, sendo realizada uma sensibilização para sua maior participação, adequando o horário segundo a conveniência deles. A frequência foi disponibilizada para a assinatura e foi realizada avaliação do momento.

No tocante à avaliação, seguimos a mesma metodologia do primeiro encontro interventivo presencial. Pode-se perceber que a maioria identificou o momento com o *emoji* sério, expressando que o encontro foi bom, 73% (vinte e dois) dos participantes; os demais, 27% (8) dos participantes marcaram o *emoji* sorridente, o que significa que o momento foi ótimo.

Figura 10 - Foto da avaliação do terceiro encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Autora.

No que se refere à avaliação, pode-se perceber que houve uma mudança com relação ao primeiro encontro presencial. Naquele, a maioria das avaliações foram tidas como ótimas e neste a maioria foi tida como boa. Em fala livre, os alunos mencionaram que a permanência na sala de aula e a leitura de textos, mesmo que de forma compartilhada, trazem muito a ideia de atividades escolares, o que eles afirmam fazer o momento menos interessante.

Além disso, os facilitadores observaram que houve aceitação da atividade programada e avaliaram como excelente a frequência, dada a participação da totalidade de alunos, mesmo se tratando de uma atividade por adesão, mesmo que não tenha sido possível a realização no lugar previamente planejado. Como potencialidade, destaca-se a participação dos estudantes, a cartilha utilizada, a fala acessível dos facilitadores, a produção de conteúdo dos participantes e como fragilidade destacamos a questão do tempo para a realização da atividade e a ambiência.

5.7 QUARTO ENCONTRO - SÍNTESE DE CONHECIMENTOS

Assim como o segundo encontro de caráter interventivo, este também ocorreu de forma virtual, através do *Google Meet*. Conforme combinado previamente, o *link* de acesso foi encaminhado 10 (dez) minutos antes do início, pelo grupo em aplicativo de mensagem formado no encontro de apresentação. Após o trabalho de sensibilização dos estudantes para participação e de adequações ao planejamento prévio, este encontro contou com a participação de 17 estudantes.

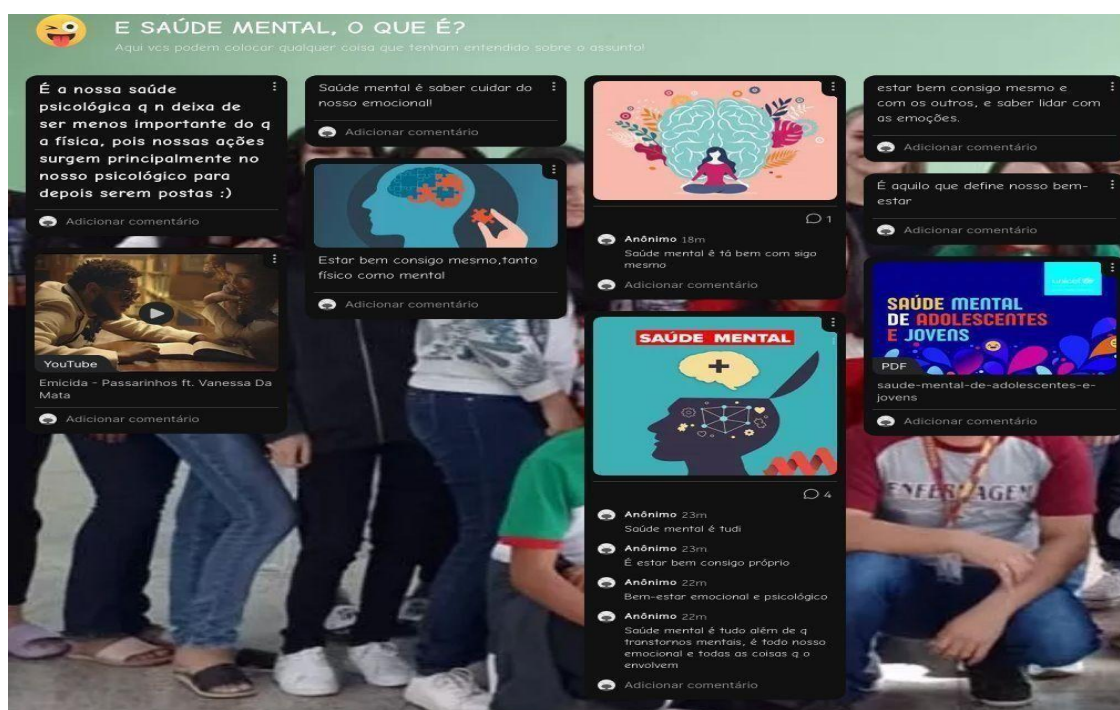
Este momento foi o encerramento da aplicação metodológica do ciclo de cultura, e teve como objetivo captar o que ficou de informação para os participantes.

A ampliação do olhar sobre a realidade com amparo na ação-reflexão-ação, e, o desenvolvimento de uma consciência crítica que surge da problematização, permitem que homens e mulheres se percebam sujeitos históricos, o que implica a esperança de que, nesse encontro pedagógico, sejam vislumbradas formas de pensar um mundo melhor para todos. Esse processo supõe a paciência histórica de amadurecer com o grupo, de modo que a reflexão e a ação sejam realmente sínteses elaboradas com ele. (BRASIL, 2014).

Partindo da ideia da produção de uma síntese, optamos por produzir um primeiro mural utilizando o *Padlet* com o seguinte disparador: E saúde mental, o que é? Aqui vocês podem colocar qualquer coisa que entenderem sobre o assunto. A pergunta disparadora foi pensada de forma que reforçasse que aquele era um espaço para que todas as opiniões fossem compartilhadas.

Mesmo diante de um quantitativo que correspondia apenas a cerca de 53% dos estudantes regularmente matriculados, a participação e a produção qualitativa foram bem significativas e proveitosas. Os estudantes expuseram o seu pensamento.

Figura 11 - *Print* da imagem gerada no *Padlet* no quarto encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Padlet.

5.7.1 Síntese saúde mental

Os adolescentes apresentaram reflexões que demonstraram uma maior apropriação com relação ao tema se compararmos com o primeiro encontro. Ademais, com relação à utilização da ferramenta, também podemos observar uma maior desenvoltura no manejo e com uma diversidade maior no conteúdo das publicações, com postagens de músicas e da cartilha que havia sido utilizada no encontro anterior. Já em relação à primeira pergunta disparadora, foi produzido o seguinte discurso:

Quadro 22 - Construção do DSC sobre: Saúde Mental vista como algo integrado. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 4	
SAÚDE MENTAL IAD 2	
CATEGORIA A- Saúde Mental vista como algo integrado.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC

-E.1 - <i>É a nossa saúde psicológica que não deixa de ser menos importante do q a física.</i> 2- E. 2 - <i>Saúde mental é saber cuidar do nosso emocional!</i> 3 – E.3 - <i>Saúde mental é tá bem consigo mesmo.</i> 4 – E.4 - <i>Saúde mental é tudo. Porque está tudo conectado.</i> 5 – E.5 - <i>É estar bem consigo próprio.</i> Conseguir se sentir bem com a forma como a gente é. 6- E.6 - <i>Bem-estar emocional e psicológico. De uma forma completa.</i> 7 – E.7 - <i>Saúde mental é tudo além de transtornos mentais, é todo nosso emocional e todas as coisas q o envolvem.</i> 8 – E.8 - <i>Estar bem consigo mesmo e com os outros. É saber lidar com minhas emoções.</i> 9- E.9 - <i>Tanto físico como mental. Estar bem consigo mesmo.</i> 10 – E.10 - <i>É aquilo que define nosso bem-estar.</i>	<i>Saúde mental é tudo. É aquilo que define nosso bem-estar. É você tá bem consigo mesmo e com os outros.é saber cuidar do nosso emocional, É saber lidar com minhas emoções. Porque está tudo conectado. Nossa saúde psicológica não é menos importante do que a física. E também está além dos transtornos mentais. É o bem-estar de uma forma completa.</i>
---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

O detalhamento do processo de construção deste DSC está apresentado no Apêndice O deste estudo. A produção do DSC síntese com a temática de saúde mental por parte dos participantes demonstra uma construção de ideias que foram dialogadas desde o primeiro encontro.

Durante o primeiro encontro, quando esse tema já foi abordado, os participantes agruparam suas ideias centrais em: A- Saúde mental relacionada a mente ou emoções; B- Saúde mental relacionada ao comportamento humano; o que como já foi discutido demonstra pouco conhecimento embasado sobre o assunto, mas sim um conhecimento importante com base na vivência dos participantes.

A produção do primeiro discurso também consegue demonstrar de forma visual isso, visto que são discursos mais curtos e pouco aprofundados. Já a produção dos DSC que foram feitos no terceiro encontro, conforme mencionado, possui o mesmo agrupamento do encontro síntese e nos apresenta um DSC mais formulado, com base na leitura da cartilha e por isso considerado como ancoragem. Porém, mesmo se tratando de um mesmo agrupamento, que indica uma linha de pensamento “parecida”, a produção do DSC do quarto encontro é diferente do descrito no terceiro encontro.

O DSC aqui produzido é feito através de falas simples e utilizadas no cotidiano dos adolescentes, porém transmitindo a mesma ideia de integralidade e multifatorial, demonstrando clara edificação de conhecimento no decorrer do processo e apropriação do conceito de forma que faça sentido para eles. Durante o encontro, os adolescentes

demonstraram propriedade em suas falas e protagonismo nas publicações na tecnologia.

Após a construção da síntese com a temática de saúde mental, iniciamos a construção sobre o tema do autocuidado.

5.7.2 O que eu entendo por autocuidado?

O título do mural era: Prevenir com autocuidado; e a pergunta disparadora foi: O que eu entendo por autocuidado. A partir daí, os participantes poderiam interagir através das falas ou postagens no mural.

Figura 12 - Print da imagem gerada no Padlet no segundo encontro. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Padlet.

A partir das manifestações dos participantes, construímos o seguinte discurso, que está descrito em etapas no Apêndice P.

Quadro 23 - Construção do DSC sobre as definições de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 4	
AUTOCUIDADO IAD 2	
AGRUPAMENTO A- DEFINIÇÃO DE AUTOCUIDADO.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E.1 - <i>Cuidar de si e promover melhor qualidade de vida.</i> 2- E. 2 - <i>É cuidar do nosso físico, emocional, social e espiritual.</i> 3 – E.3 - <i>Fazer coisas que vc gosta, que faça vc se sentir bem.</i> 4 – E.4 - <i>Fazer coisas que vc se sente bem.</i> 5 – E.5 - <i>Eu entendi que autocuidado é algo que a gente faz que faz bem pra gente.</i>	<i>Eu entendi que autocuidado é algo que a gente faz e que faz bem pra gente. É fazer coisas que você gosta, que faça você se sentir bem. É cuidar do nosso físico, emocional, social e espiritual. Cuidar de si e promover melhor qualidade de vida.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

A temática do autocuidado surgiu ainda no primeiro encontro, quando falamos um pouco sobre a forma como os adolescentes lidam com as emoções desagradáveis. Naquele momento, os participantes não entendiam ainda como práticas do cotidiano poderiam estar relacionadas a uma melhoria na sua qualidade de vida e consequentemente em sua saúde mental. Eles entendiam como algo que faziam e que se sentiam melhor a realizar, porém não possuíam o entendimento de que tal comportamento poderia ser entendido como uma forma de cuidado.

Na construção do discurso no terceiro encontro são apresentados alguns conceitos relacionados ao autocuidado e a construção do DSC ganha corpo e novas possibilidades, surgindo agora com dois agrupamentos: A- Definições de autocuidado; B- Exemplos de práticas de autocuidado. Na produção do DSC do quarto encontro, o tema do autocuidado torna-se ainda mais ampliado. Nesta primeira parte do DSC, os participantes entendem que para além das definições é necessário o destaque de que são práticas singulares e cotidianas, conforme nos mostra o IAD2 com a produção dos discursos.

Mais uma vez, assim como aconteceu no DSC relacionado à saúde mental, os adolescentes dão seu tom aos conceitos apreendidos, demonstrando que houve entendimento dos conteúdos e que para além da compreensão eles passam a fazer parte da sua opinião quando convidados a se expressarem livremente quanto ao tema.

O DSC abaixo marca a questão da individualidade do autocuidado, como uma ação que requer autoconhecimento, porém que possa ser encontrado em atividades do dia a dia, destacando a importância de uma não padronização e respeito às escolhas que outras pessoas fazem.

Quadro 24 - Construção do DSC sobre o autocuidado como algo singular e cotidiano. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 4	
AUTOCUIDADO IAD 2	
AGRUPAMENTO B- AUTOCUIDADO COMO ALGO SINGULAR E DO COTIDIANO.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
3 – E.3 - <i>Cada um tem um jeito diferente de fazer isso. Não tem como padronizar.</i> 4 – E.4 - <i>Às vezes pensa que algo grande, mas não precisa ser. Pode ser simples, mas é bem individual</i> 5 – E.5 - <i>É de cada pessoas, não tem como a gente dizer o que o outro tem que fazer.</i> Tem que ser bom pra ele e as vezes o que pra ele é muito bom eu posso não gostar e ta tudo certo.	<i>Cada um tem um jeito diferente de se cuidar. Não tem como padronizar. Não tem como a gente dizer o que o outro tem que fazer, as vezes a gente pensa que algo grande, mas não precisa ser. Pode ser simples, mas é bem individual.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Durante o encontro e conduzidos pelos questionamentos e ideias dos participantes, foi interrogado sobre a forma como eles se cuidam, na tentativa de fazê-los refletir para além dos conceitos, como eles enxergam as suas ações e atividades. Partindo dessa provocação, temos a construção do DSC sobre as formas de cuidado, que está descrito em detalhes no Apêndice Q.

Nesse contexto, obtivemos apenas um agrupamento de ideias: A- Formas de autocuidado; o que expressa que todos os adolescentes envolvidos entenderam o questionamento de forma clara e tinham repertório para se expressar diante do questionamento, conforme o DSC demonstra:

Quadro 25 - Construção do DSC sobre as formas de autocuidado. Sobral, CE, Brasil, 2022.

ENCONTRO 4	
COMO EU ME CUIDO IAD 2	
AGRUPAMENTO A- FORMAS DE AUTOCUIDADO.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1-E.1 - Eu <i>me cuido quando escrevo o que estou sentindo;</i> 2- E. 2 - <i>Jogo basquete.</i> 3 – E.3 - <i>Ouvir Música, me faz bem.</i> 4 – E.4 - <i>Ficar um tempo sozinha, desenhar, escutar música, conversa com meus amigos.</i> 5 – E.5 – <i>Dormir e descansar eu acho que é cuidado.</i> 6- E.6 - <i>Cuidar de mim (skincare, cabelo, pintar as unhas, estudar).</i>	<i>Eu me cuido quando escrevo o que estou sentindo; quando jogo basquete, ouço música, fico um tempo sozinha, desenho, converso com meus amigos. Eu tento me distrair, ocupar com uma coisa divertida. Fazer um skincare, cuidar do cabelo, pintar as unhas, estudar. Eu acho que dormir e descansar também é cuidado, é algo que me faz bem, me deixa feliz e animado.</i>

7 – E.7 - <i>Conversar com alguém.</i> 8 – E.8 - <i>Se ocupar com alguma coisa divertida. Que te deixe feliz e animado.</i> – E.9 - <i>Tentar se distrair.</i>	
---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Neste discurso, fica expresso várias formas de autocuidado, tendo como premissa algo que “me deixa feliz e animado”. Para além da diversidade, a produção do DSC pode vir asurgir como exemplo diante dos pares, como possibilidades de novas atividades, que antes não eram experienciadas, apresentando um novo leque de comportamento que pode vir a ser utilizado diante de sentimentos de tristeza, angústias e incertezas que podem vir a surgir durante a adolescência.

Após a escuta e leitura atenta das participações, fomos caminhando para a finalização, realizando as pactuações para o encontro de avaliação. Após isso, foi enviado novamente através do *chat* o *link* com a frequência dos participantes, assim como uma avaliação, que seguiu os mesmos parâmetros da que foi aplicada no segundo encontro da intervenção, que também aconteceu de forma virtual. Para tanto, foram realizadas duas perguntas, uma objetiva para indicar se o momento foi: Ótimo, bom ou ruim; e uma subjetiva, que solicitava dos participantes um elogio ou uma sugestão. Acerca da pergunta objetiva dos 17 (dezessete) participantes, 82% (14 participantes) avaliaram o encontro como ótimo e 18% (3 participantes) como bom.

As questões subjetivas trouxeram como sugestão mais uma vez que os momentos ocorressem de forma presencial e que tivessem um caráter continuado até o final do ano. A respeito dos elogios, destacou-se a postura dos facilitadores e a relevância dos assuntos que foram trabalhados.

A avaliação dos facilitadores, através dos diários de campo, traz a percepção que a atividade programada foi bem aceita pelos participantes e avalia uma melhoria na frequência com relação à atividade anterior, tendo mais do que dobrado o número de participantes em relação ao outro encontro realizado virtualmente. Como potencialidade destaca-se a facilidade de utilização das tecnologias, a produção realizada por parte dos participantes, a participação

dos estudantes; e como fragilidade destacamos a baixa participação de forma oral, assim como o número de participantes.

5.7.3 Encontro de avaliação - avaliação da intervenção e metodologias utilizadas

O encontro de avaliação foi realizado no intuito de finalizar de forma responsável a intervenção com os adolescentes e avaliar as metodologias e o uso das tecnologias que foram utilizadas no decorrer dos momentos. Para além disto, este estudo teve como objetivo específico: Compreender as percepções dos participantes acerca do uso das TDIC's como prevenção da automutilação no contexto da adolescência; optou-se para além das avaliações em cada encontro, dedicar mais tempo ao tema. Além disso, contou com a participação de todos os adolescentes presentes no dia (vinte e oito) e era de livre adesão. Foi realizado na própria sala de aula por não ter disponibilidade do auditório da instituição.

Os participantes foram convidados a construir uma nuvem de palavras, esta TDIC é bastante utilizada em modelos de aulas a distância, tendo acesso gratuito, porém por conta do baixo quantitativo de estudantes com o celular em sala de aula e visando a inclusão dos participantes, optou-se por adaptá-la ao contexto. Foi ofertado para eles: folhas coloridas, giz de cera, canetas coloridas e pincéis. A ideia era que eles expressassem no papel o que os momentos vivenciados durante a intervenção realizada de forma híbrida tinham sido para eles, de forma a causar reflexão em suas práticas. Eles tiveram um tempo de 20 minutos e, após isso, foi solicitado que as produções fossem colocadas na lousa para a melhor visualização de todos, em formato de nuvem.

Figura 13 - Fotos do encontro de Avaliação. Sobral, CE, Brasil, 2022.



Fonte: Autora.

Foi a partir da produção dos adolescentes na Nuvem de palavras que construímos o IAD1 (APÊNDICE R), que deu origem ao DSC com a temática: Avaliação.

Quadro 26 - Construção do DSC - a percepção geral dos estudantes com relação à intervenção.

Sobral, CE, Brasil, 2022.

AVALIAÇÕES E SUGESTÕES IAD 2	
AGRUPAMENTO - Percepção geral dos estudantes com relação à intervenção.	
EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1- E1.-Foram momentos que <i>eu mais me senti acolhida depois de muito tempo. Amei muito todas as rodas de conversa tanto as online como as pessoalmente. Obrigada por tudo. Inclusive pelos chocolates.</i> 2- E2. – <i>Achei muito útil</i> obrigado por fazer parte dessa experiência, amei <i>o chocolate da tia.</i> Queria que os <i>encontros fossem até o fim do ano.</i> 3- E3. - <i>Foi ótimo</i> obrigado pelos chocolates, amei <i>a experiência.</i> Você é muito simpática então o encontro <i>fica muito bom e interativo.</i> 4- E4. - <i>Foi bom e divertido e os encontros foram excelentes.</i> 5- E5. - <i>Foi top. Só vai restar saudades. Um ótimo encontro.</i> Gostei muito de você, tia. 6- E6. - <i>Momentos incríveis</i> com vocês, adorei. Obrigada pela terapia, tia Linda. Que acertou meu nome. E por ocupar o horário das nossas aulas. <i>Gostei muito dos encontros. Obrigada pelos encontros</i> e pelos bis. 7- E7. - <i>Gostei muito dos nossos encontros, foi muito bom.</i> Foi maravilhoso tia, você é a melhor. Gratidão por todos esses momentos. E8. - <i>Foi legal. Foram alegres e de muito aprendizado. Enriquecedor.</i>	<i>Eu gostei muito dos nossos encontros, foi muito bom. eu mais me senti acolhida depois de muito tempo. Amei muito todas as rodas de conversa tanto as online como as pessoalmente. Foi ótimo, amei a experiência. Achei muito útil, enriquecedor e ficou muito bom e interativo. Foi top. Momentos incríveis, alegres e de muito aprendizado. Eu queria que os encontros fossem até o fim do ano. Vai deixar saudades. Obrigada por tudo. Inclusive pelos chocolates. Amei os chocolates tia.</i>

Fonte: Elaborada pela autora.

A construção do último discurso demonstra em suas linhas que mesmo em um formato híbrido e sendo uma intervenção de curta duração foi possível a criação de um vínculo. Os participantes afirmaram que se sentiram acolhidos e destacam como momentos alegres, de aprendizado, enriquecedores e interativos.

Para Freire (2005), a avaliação da aprendizagem tem como objetivo a emancipação dos sujeitos envolvidos, promovendo a consciência crítica por meio do diálogo livre, permanente e democrático, de forma dinâmica e compartilhada entre os sujeitos, pois é

na relação que acontece o aprender.

Para os facilitadores em seus registros no diário de campo, observou-se que a atividade programada foi realizada, mesmo que não tenha ocorrido no lugar planejado. Assim como a mudança na forma de desenvolver a metodologia pensada, possuindo assim uma ótima aceitação por parte dos estudantes e uma excelente frequência, mesmo diante de uma atividade não obrigatória.

Como potencialidade destaca-se a produção dos adolescentes, a metodologia de avaliação, o vínculo estabelecido como fragilidade, repete-se o destaque para a questão do tempo de realização e o local onde o encontro ocorreu.

5.7.4 Plantão Psicológico

Durante a intervenção educativa foi desenvolvido o plantão psicológico na própria escola, em um ambiente reservado, com garantia de sigilo durante os quatro turnos, nos quais foram realizados os encontros presenciais. O Quadro 48 apresenta os resultados obtidos.

Quadro 27 - Caracterização do plantão psicológico de acordo com os atendimentos. Sobral, CE, Brasil, 2022.

	Plantão Psicológico				
	1° turno	2° turno	3° turno	4° turno	Total
Quantidade de atendimentos	3	4	2	1	10
Público	2 Professores; 1 Estudante	2 mães; 2 Estudantes	1 Mãe; 1 Estudante	1 Estudante	-
Orientações	2	3	2	0	7
Encaminhamento	1	1	0	1	3

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram realizados no total 10 (dez) atendimentos, sendo 5 (50%) com adolescentes e a outra metade com os seus professores e/ou suas mães. Cada atendimento durava cerca de 50 minutos. Dentre eles, em 7 (70%) dos atendimentos foram realizadas orientações e em 3 (30%) situações foi necessário o encaminhamento para o atendimento psicológico em caráter continuado ofertado no município, atingindo assim o objetivo de diminuição de riscos ao oferecer um suporte aos adolescentes e responsáveis com relação à temática.

Com relação às queixas, todas versavam sobre automutilação. Para os profissionais de educação sobre a dificuldade de manejo diante da situação em ambiente escolar, as mães referiam falta de habilidade diante da descoberta da prática nos filhos; e para os adolescentes

a preocupação diante da ciência da prática nos pares ou o sofrimento relacionado ao auto dano.

5.8 APLICAÇÃO DO PÓS-TESTE

O **grupo intervenção (GI)**, que respondeu ao pós-teste, foi composto por 17 adolescentes, na faixa etária de 14 a 16 anos (adolescência intermediária) e estudantes do último ano do ensino fundamental. Dentre os participantes, 13 (76,47%) do sexo feminino e 4 (23,52%) do sexo masculino. Com relação à composição familiar, 12 (70,58%) moram com a família nuclear/tradicional e 5 (29,41%) não residem com a família tradicional. A etapa pós teste foi realizada um mês após o término da intervenção educativa.

No tocante ao **grupo controle (GC)**, ele foi composto de 19 adolescentes que haviam respondido anteriormente ao pré-teste, porém que não participaram da intervenção educativa. O GC possuía faixa etária de 14 a 15 anos (adolescência intermediária) e estudantes do último ano do ensino fundamental. Dentre os participantes, 11 (57,89%) do sexo feminino e 8 (42,10%) do sexo masculino. Com relação à composição familiar, 10 (52,63%) moram com a família nuclear/tradicional e 9 (47,36 %) não residem com a família tradicional.

A associação entre os resultados foi construída com base no seguimento do QIAIS-A e posteriormente da escala de silhueta de Stunkard. A Tabela 14 apresenta os dados comparativos entre os GI e o GC com relação ao comportamento de impulsividade.

Tabela 14 - Distribuição dos adolescentes segundo as características de impulsividade, de acordo com o tipo de grupo, antes e após intervenção educativa. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	ANTE S	DEPOIS	P	ANTES	DEPOIS	P
IMPULSIVIDADE						
Impulso	421	191	0,019*	439	276	0.039*
Auto controle do impulso (Itens = 6,9,13 e 15)	170	80		192	102	

Fonte: Elaborado pela autora.
Teste de Wilcoxon.

Os resultados apontam que houve uma melhora estatisticamente significativa ($p = 0,019$) no comportamento de impulsividade para o grupo intervenção, após a participação na intervenção educativa. Todavia, no grupo controle ($p = 0,039$), que participou somente da aplicação do pré e do pós-teste referente à prática e automutilação, observou-se também uma melhora do comportamento de impulsividade, embora tenha sido menor em comparação ao grupo intervenção. Portanto, não se pode afirmar que tais resultados sejam exclusivamente atribuídos à participação ou não na intervenção educativa, assim como vale ressaltar que não foram encontrados outros estudos que estabeleçam a mesma correlação de variáveis, o que indica pioneirismo nesta correlação e no uso deste questionário.

Outros estudos apontam para a importância da investigação desta variável para colaborar na compreensão da automutilação. Achados da pesquisa (Hamza, Willoughby e Heffer, 2015) apontam que pessoas impulsivas têm o maior risco de se envolver com comportamentos de autoagressão e constataram que a impulsividade está relacionada à gravidade do quadro, frequência e variedade de métodos, ressaltando ainda que, quanto maior o nível da intensidade, maior também é a frequência da automutilação.

Em outro estudo, de abordagem observacional transversal, realizado em Maceió-AL, em 2017, com uma amostra de 505 adolescentes, entre 12 e 17 anos, demonstrou que pessoas com comportamento de autoagressão apresentaram escores mais altos de solidão e impulsividade ($p \leq 0,05$) do que adolescentes que não se automutilam (COSTA, 2017).

Dando continuidade à análise dos resultados pós-teste, a Tabela 15 apresenta a distribuição dos participantes com relação ao comportamento de auto dano, antes e após a intervenção.

Tabela 15 - Distribuição dos adolescentes segundo o comportamento de Auto Dano, de acordo com o tipo de grupo, antes e após a intervenção educativa. Sobral, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Grupo Intervenção			Grupo Controle		
	ANTES	DEPOIS	P	ANTES	DEPOIS	P
Autodano						
Inexistente	9 (52,94%)	7 (41,17%)	0,592	6 (31,57%)	0 (0%)	0.003*
Fraca (1 a 6)	3 (17,64%)	5 (29,41%)		9 (47,36%)	12 (63,15%)	
Moderada (7-12)	5 (29,41%)	3 (17,64%)		2 (10,52%)	5 (26,31%)	

Elevada (13 a 18)	0 (0%)	2 (11,76%)	2 (10,52%)	2 (10,52%)
Muito Elevada (19-24)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste Exato de Fisher.

De acordo com os resultados, observa-se que o comportamento de auto dano se manteve semelhante no GI, antes e após a participação na intervenção. Todavia, o GC apresentou aumento no quantitativo de adolescentes que praticam a autoagressão, tendo sido esse resultado estatisticamente significativo ($p < 0,03$), o que pode indicar algum acontecimento estressor no cotidiano dos adolescentes e que tenha disparado no GC aumento na prevalência dos comportamentos autolesivos.

Em uma pesquisa qualitativa, descritiva e fenomenológica (BERNARDES, 2015) em Blumenau - SC, com adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos, robora que automutilação está no núcleo de sentido para os adolescentes e surge como um sentimento de vício ou alívio, e que ela ocorre como um evento estressor tornando-se uma forma de lidar com a raiva. Angústia, abandono, vazio e rejeição são os sentimentos mais emergentes.

Para a compreensão dos diversos fatores que ajudam a manter os comportamentos automutiladores é necessário compreender os diversos aspectos da autoagressão e as influências deles para a prevenção do comportamento, condução de tratamento e prevenção do suicídio (CALVETE *et al.*, 2015).

Para Moreira (2020): “Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos qualitativos e/ou de métodos mistos, longitudinais que avaliem a trajetória da automutilação e de estudos que testem a eficácia de abordagens de prevenção e terapêuticas”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo teve como principal objetivo desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção educativa que utiliza como método o Círculo de Cultura, aplicado através de TDIC's na prevenção da automutilação em adolescentes. Para isto, foi necessário primeiramente entender com clareza o pensamento Freiriano. Apenas com o entendimento da base da metodologia seria possível adaptá-la a um contexto que se dividiu entre o presencial e o virtual, visto que o bom desempenho de uma intervenção está diretamente ligado ao vínculo e participação efetiva dos participantes.

Após a apropriação metodológica, foi necessário aprofundar os conhecimentos acerca das tecnologias digitais de informação e comunicação – TDIC's, a fim de escolher a melhor opção a ser utilizada, com o desafio de ser de fácil acesso, sem que exigisse uma prévia criação de contas, e que fosse intuitivo ou já conhecido pelos adolescentes, para não tornar um processo sacal ou desestimulante.

A escolha do *Google Meet* como plataforma para os encontros online foi positiva e bem aceita. Os participantes já estavam habituados ao uso, por conta do período de aulas online, facilitando a participação. Já a utilização do *Padlet*, ferramenta tecnológica para agrupar as ideias deles em forma de mural, possibilitou a livre manifestação de forma sigilosa e respeitosa. Além disso, a utilização dos grupos de *WhatsApp* para lembrar dos encontros foi outra estratégia importante, assim como a realização de uma avaliação de cada encontro, mesmo que de forma simples, através da utilização de *emojis* nos momentos presenciais e pelo *Google Forms* nos virtuais. Todas as estratégias utilizadas com as tecnologias foram importantes na aproximação com o público e com a manutenção do vínculo, mesmo nos momentos de distância.

Os participantes demonstraram interesse em participar do estudo desde o momento em que houve a sensibilização para a realização do pré-teste. Porém, o baixo índice de respostas online já nos indicava uma dificuldade que não havia sido prevista: a resistência quanto a forma híbrida dos encontros. Eles demonstram a vontade de que os encontros fossem realizados presencialmente, o que exigiu uma série de mudanças nos planejamentos que já foram relatados anteriormente. Mudanças estas voltadas para um consenso e que mantivesse o interesse dos participantes.

Os resultados obtidos durante a aplicação do pré-teste do QIAIS – A revelou números importantes relacionados à impulsividade, auto dano e ideação suicida desta população. Chamam atenção os números relacionados principalmente ao auto dano e ideação suicida, tendo como público predominante mulheres e constituintes de famílias não tradicionais. Os adolescentes que cometem a autoagressão em sua maioria o fazem como uma tentativa de regulação emocional ou substituição de dor psicológica. Nesse sentido, as intervenções preventivas devem ter como finalidade ofertar formas substitutivas de comportamento, que sejam voltadas para práticas de autocuidado e manejo diante de sentimentos/emoções desagradáveis.

Porém, é necessário considerar a necessidade de profissionais que sejam preparados para identificar riscos e promover conexão entre saúde, família e escola, o que coloca em destaque este estudo por ter possibilitado lançar o olhar sobre o fenômeno da automutilação entre adolescentes de uma cidade de pequeno porte e que não possui uma rede de saúde mental e nem profissionais em quantidade suficiente, dando visibilidade a uma realidade que existe além dos grandes centros, porém sem políticas pensadas de acordo com a necessidade local.

A ESF surge como única possibilidade de manejo para esta população e, diante disto, a necessidade de um maior reconhecimento da amplitude do seu fazer e investimento em suas equipes que atuam de forma a promover saúde e prevenir os agravos, o que em algumas situações não é visualizado pela população, por serem práticas consideradas simples e que estão ligadas a mudanças de hábitos e comportamentos.

Sendo assim, apenas através do diagnóstico situacional, que pode contar com informações deste estudo, é que pode-se construir um planejamento eficaz e eficiente para serem pensadas políticas públicas que envolvam a temática, de forma preventiva e que possa investir em capacitações continuadas para profissionais da educação, planejamento intersetorial anual, que melhore a comunicação entre os setores, possibilitando inclusive que o Programa Saúde na Escola atue de forma mais eficiente diante da realidade do território.

Outro fato importante é com relação à faixa etária, 13 a 16 anos, na qual a pesquisa foi realizada. Como o foco do estudo era prevenção, descobrir se em uma idade mais precoce já existe o comportamento e possibilitar a construção reflexiva sobre o tema e o aprendizado sobre outras formas de se comportar foi um dos diferenciais das pesquisas que vêm sendo realizadas no mundo. No tocante ao fator preventivo da intervenção, é importante dizer, que sua principal função estava para além da abordagem exaustiva sobre a temática, e sim um processo de autoconhecimento dos sentimentos, da diferenciação entre conhecimentos prévios

relativos ao assunto e ao processo de construção de novas formas de ser, vislumbrando mais atitudes de autocuidado e melhora na qualidade de vida.

A intervenção educativa de forma híbrida, mesmo que não tenha apresentado resultados considerados significativos de forma quantitativa, não demonstrando que houve diminuição nos compartimentos de auto dano, ao relacionarmos os dados relativos ao pré-teste e ao pós-teste, promoveu qualitativamente efeitos desejáveis. Foi notória a ampliação do pensamento crítico e reflexivo desenvolvido pelos participantes com relação aos temas de saúde mental, autocuidado e sobre as formas de lidar melhor com as emoções, podendo ser visualizada a diferença das produções dos DSC's do primeiro ao último encontro.

Portanto, houve, então, o entendimento de que é possível a utilização das TDIC's de forma geral na contribuição das demandas de educação em saúde e, em especial, relacionado ao público adolescente, ratificando o que estudos anteriormente citados falam sobre a necessidade de se aproximar dos adolescentes através de estratégias que estejam inseridas no dia a dia deles. Assim, reconhece-se o uso dessas tecnologias como mais uma estratégia de produção de cuidados em saúde, especialmente ao falarmos da ESF, onde conhecemos de forma próxima a população adscrita.

Porém, é importante deixar claro que todo o processo foi realizado com uma mediação intencionada, ativa e esclarecida pela facilitadora, apoiada em materiais educativos, com atividades direcionadas e de acordo com o contexto dos participantes na busca pela construção da aprendizagem de forma partilhada. Além disso, cabe enfatizar o uso da metodologia do Círculo de Cultura como uma forma potente de interação com o público adolescente, através de uma escuta interessada na realidade deles e que possibilita uma troca de conhecimentos e um processo grandioso de aprendizagem.

A experiência da pesquisadora/facilitadora, como psicóloga do NASF por 6 anos, contribui para a condução dos grupos, inclusive no tocante ao fato de pensar de forma rápida em novas estratégias que pudessem agregar o público adolescente, e ainda diante de um assunto delicado. Foi também esta prática que possibilitou a receptividade e acolhida na escola, o que foi primordial para a realização dos encontros. Entretanto, foi a experiência como aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela RENASF, em tempos de pandemia, que possibilitou maior desenvoltura diante das tecnologias utilizadas no contexto educativo, dada a diversidade de aplicativos e softwares que nos foram apresentados ao longo do curso de pós graduação.

Sobre os resultados deste estudo, algumas limitações precisam ser consideradas: a pesquisa foi realizada somente com adolescentes de 13 a 16 anos, abrangendo, portanto, a uma faixa etária restrita do ciclo da vida, se relacionarmos com as nuances acerca da automutilação; a possibilidade de interpretação adversa de questões do instrumento entre participantes da pesquisa, mesmo com o suporte explicativo dado pelos pesquisadores; o

questões, que pode ter feito com que os participantes tenham realizado uma leitura rápida ou apenas marcado uma opção; podemos citar também um viés de informação, visto estarmos tratando de questões ligadas à impulsividade, ao auto dano e à ideação suicida; como também o absenteísmo dos estudantes nos encontros virtuais; a amostra ter sido realizada em uma escola pública, podendo ser questionado se em escolas privadas, de municípios de mesmo porte, teria o mesmo resultado.

A fim de ampliar o conhecimento sobre o uso das tecnologias digitais nas práticas de Educação em Saúde com adolescentes, sugerem-se outros estudos com a utilização do QIAIS-A, dando mais enfoque nas funções da automutilação ou estabelecendo maior correlação com a Escala de silhueta; assim como o uso do Círculo de Cultura com utilização das TDIC's em outras temáticas.

Considerando que os estudos realizados no Brasil ainda são poucos com relação à automutilação e com o indicativo de uma taxa elevada de ideação suicida entre adolescentes, propõe-se que estudos tanto de caráter quantitativos como qualitativos sejam acrescidos a este para avançar no entendimento do fenômeno da autolesão, de forma a identificar as variáveis culturais, socioeconômicas, de região, que possam vir a influenciar nos índices de prevalência da automutilação, podendo, a partir daí, pensarmos em práticas de prevenção.

8 ORÇAMENTO

MATERIAL – DISCRIMINAÇÃO	QU AN T	VALOR UNITÁR IO	R\$ TOTAL	JUSTIFICATIVA
HD externo Portátil Samsung M3 1TB STSHX-M101TCB	1	R\$ 320,00	R\$ 320,00	Para maior capacidade de armazenar os dados da pesquisa.
NOTEBOOK	1	R\$ 4.000	R\$ 4.000,00	Utilizado para durante todo período de execução da Pesquisa de Intervenção.
Internet	-	R\$ 100,00	R\$ 300,00	Utilizado na realização das atividades remotas com os adolescentes.
Impressões coloridas das fichas de cultura	20	R\$ 1,00	R\$ 20,00	Utilizar na segunda fase da pesquisa em seu momento qualitativo para coleta de dados e análise do estudo.
Papel Sulfite A4 (21x29,7cm) Resma 500 fl	3	R\$ 25,00	R\$ 75,00	Utilizar na segunda fase da pesquisa em seu momento qualitativo para coleta de dados e análise do estudo
Cartolina Colorida	30	R\$ 1,00	R\$ 31,00	Utilizar na segunda fase da pesquisa em seu momento qualitativo para coleta de dados e análise do estudo
Pincéis Atômicos	10	R\$ 9,23	R\$ 92,30	Utilizar na segunda fase da pesquisa em seu momento qualitativo para coleta de dados e análise do estudo
Combustível automóvel	100 KM	R\$ 5,99/ Lt	R\$ 200,00	Utilizado para o deslocamento para a cidade para realização da pesquisa nos encontros presenciais
TOTAL	R\$ 5.038,30			

9 REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: ARTMED, 1981.

ANDRADE, M. E. *et al.* Experimentação de substâncias psicoativas por estudantes de escolas públicas. **Revista da Saúde Pública**, v. 51, n. 86, p. 1-9, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006929>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wjyHkWhSqhP6vmqSjwbbq6b/?lang=pt>.

ALMEIDA, R. S. A PRÁTICA DA AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O OLHAR DA PSICOLOGIA ESCOLAR/ EDUCACIONAL. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, v. 4, n. 3, p. 147, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/5322>. Acesso em: 7 jan. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, J. F. B. de *et al.* O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 497-515, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200012. Acesso em 24 out. 2021.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981.

BAHIA, C. A. *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 9, pp. 2841-2850. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. Acesso em: 24 nov. 2022.

BARBOSA, V. *et al.* A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada. **REME • Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p: e-1240, 2019. DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20190088>. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20190088>.

BARBOSA-SILVA, L. H.; PEREIRA, Á. I. S.; RIBEIRO, F. A. A. Reflexões sobre os conceitos de adolescência e juventude: uma revisão integrativa. **Revista Prática Docente**, v. 6, n. 1, p. e026, 2021. DOI: <http://doi.org/10.23926/RPD.2021.v6.n1.e026.id1045>. Disponível em: <http://doi.org/10.23926/RPD.2021.v6.n1.e026.id1045>.

BASTOS, I. B. *et al.* Utilização das tecnologias de informação e comunicação para a saúde do adolescente: uma revisão integrativa. **Essentia Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 19, n. 2, p. 61-72, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30519>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/v4F7W7zgPS5G7gyMJBrkbJq/?lang=pt#>.

BARRÓN, E. V.; KRMPOTIC, C. S. La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 43-52, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/VJtVhMmhyddVfZZYsNC6brH/abstract/?lang=es>.

BESERRA, E. P. *et al.* Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1563–1570, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700092>. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700092>.

BRANDÃO, C.R. **O que é método Paulo Freire**. 25 a ed. São Paulo: Brasiliense; 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Lei nº. 8069**, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 11 jun. 2020.

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466** de 12 de dezembro de -- 2012. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224.

_____. **Lei Nº 13.819**, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 abr. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm . Acesso em: 24 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Recurso Eletrônico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: . Acesso em: 20 nov. 2022.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos **O Suicídio e automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida**. Brasília: 2019.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-organizacionais>.

BRITO, L.S.F. **Sistema de informações de agravos de notificação - SINAN**. In: Fundação Nacional de Saúde. Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. P.145-146.

CALDAS, M. T. *et al.* Condutas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 2, p. 575-582, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ScCjqfYgZfr5ZVDf6YTRXQd/abstract/?lang=pt>.

CANNER, J. K. *et al.* Visitas de emergência por tentativa de suicídio e automutilação nos EUA: 2006-2013. **Epidemiologia e ciências psiquiátricas**, vol. 27,1 (2018): 94-102. doi:10.1017/S20457960160000871

CARVALHO, C. B., *et al.* Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). **Psychiatry Research**, v. 227, n. 2–3, p. 238– 245, jun. 2015.

CAVALCANTE, R.B., *et al.* Inclusão digital e uso de tecnologias de informação: a saúde do adolescente em foco. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 22, n. 4, p. 3-21, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2539>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/2539>. Acesso em: 14 jan. 2022

CECCIM R.B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 32-45.

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. DO. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, v. 24, n. 2, 2013.

CONTI, M. A.; LATORRE, M. do R. D. O. Estudo de validação e reprodutibilidade de uma escala de silhueta para adolescentes. **Psicologia em Estudo**. 2009, v. 14, n. 4, pp. 699-706, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/HhZ5skTmLPjNg6qmwrvzC3y/?lang=pt>.

COSTA, R.; QUEIROZ, M.; ZEITOUNE, R. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2019.

COSTA, L. C. R. *et al.* Autolesão não suicida e contexto escolar: perspectivas de adolescentes e profissionais da educação. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 39-48, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762020000400006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2021.

COUTINHO, R. X., *et al.* Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 441-449, 2013.

COUTO, D. L; CUNHA, L. S. P. **Marcas na Pele: a autolesão sob a ótica da Gestalt terapia**. Revista IGT na Rede, Rio de Janeiro, v. 14, n 27, p. 233 – 259, 2017. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs>. Acesso em: 10 out. 2022.

CHILDREN, E.V.A. Protecting children during the COVID-19 outbreak: resources to reduce violence and abuse. **End Violence Against Children**. Disponível em: <https://www.end-violence.org/protecting-children-during-covid-19-outbreak>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CUMINALE, N. Aumentam os casos de automutilação entre jovens. **Revista Veja**. Ed. 2646, São Paulo, 2019.

DAINE, K. *et al.* O Poder da Web: Uma Revisão Sistemática dos Estudos da Influência da Internet na Automutilação e no Suicídio em Jovens. **PLOS ONE**, v. 8, n. 10, p. e77555, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24204868/>.

DANIELS, J.; GREGORY, K.; COTTOM TM. **Digital sociologies Bristol**, Chicago: Policy Press; 2017.

DANTAS, V. L. A. Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza. 2010. **(Tese de Doutorado)** – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

DESLANDES, S. F. e C. T. O uso intensivo da internet por crianças e adolescentes no contexto da COVID-19 e os riscos para violências autoinflingidas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. suppl 1, p. 2479-2486, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11472020>. Acesso em 18 fev. 2022.

DUQUEVIZ, B. C. Tecnologias digitais: sentidos atribuídos por adolescentes à aprendizagem de Língua Estrangeira. 2017. **(Tese de Doutorado)** - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FERRAZ, L. F.; *et al.* O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadoras rurais. **Tempus –Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 195-210, 29 jun. 2014.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbio Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, abr. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/14931/11139>. Acesso em: 22 mai. 2020.

FREIRE, P. Educação como prática de liberdade. 20. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2005.

_____. Pedagogia do oprimido. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.

FREIRE, S. C.; FISBERG, M. Adaptação da Escala de Silhuetas Brasileiras para uso digital. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**. 2017, v. 66, n. 4 [Acessado 16 Fevereiro 2022] , pp. 211-215. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000173>>. ISSN 1982-0208. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000173>.

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da et al . Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jan. 2023.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2015: Resumo Executivo. Reimagine o futuro Inovação para cada criança**. Brasília, DF: UNICEF, 2014.

GABRIEL, I. M. *et al.* Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde. **Escola Anna Nery [online]**, v. 24, n. 4, e20200050, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0050>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0050>. Acesso em: 7 jan. 2023.

GATTA, Michela et al. Emoções, Comportamentos e Relacionamentos: Um Estudo de Caso Controle de Auto-Corte na Adolescência. **Revista de Psiquiatria** vol. 54,4 (2019): 175-182. doi:10.1708/3202.31800

GIUSTI, J.S. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2013. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências) – Programa de Psiquiatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOMES, L.B, MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. 2011; 27(1): 7-18.

GOMES, J. R. **Prevalência de autolesão não suicida e fatores associados em adolescentes do ensino médio na cidade de Rio Grande**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2020.

HAWTON, K.; BERGEN, H.; COOPER, J. *et al.* Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. **Journal of Affective Disorders**. v. 175, p. 147-151, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25617686/>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KIMMEL, D.C; WEINER, I. B. **La adolescencia: una transición del desarrollo**. Ed. Ariel, Barcelona, 1998.

KLONSKY, E. D. *et al.* The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. **Child and adolescent psychiatry and mental health**, v. 9, n. 44, p. 1-9, 2015 DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.; TEIXEIRA, J. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. (Org.). **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEOPARDI, M.T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

LIBERATI, A. *et al.* A declaração PRISMA para relatar revisões sistemáticas e meta-análises de estudos que avaliam intervenções de saúde: explicação e elaboração. **BMJ (Pesquisa clínica ed.)** v. 339, p. b2700, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000200033>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000201700&lng=pt&nrm=is#:~:text=A%20declara%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Principais%20Itens,o%20que%20os%20autores%20encontraram..

LIRA, A. G. *et al.* Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**. v. 66, n. 3, pp. 164-171, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000166>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000166>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MACHADO, M. de F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2007, v. 12, n. 2, p. 335-342. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MOREIRA, L. C. DE O.; BASTOS, P. R. H. DE O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/d6wbJxC3KF5QZ7sJb67kVPr/#>.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2532](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2532). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 18 fev. 2022.

NOCK, M. K. *et al.* Auto-lesão não suicida entre adolescentes: correlações diagnósticas e relação com tentativas de suicídio. **Pesquisa de psiquiatria**, v. 144, n. 1, p. 65-72, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0050>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QyNHwtKW6hx3Xq9gTKgYKnh/?lang=pt>.

NUNES, C. P. S. Auto-dano e ideação suicida na população adolescente. Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A). **Dissertação de Mestrado**. Universidade dos Açores, Ponta Delgada. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1985/1/DissertMestradoCarolinaPortugalSo usaNune s2013.pdf>.

OLIVEIRA, M. R. de; MACHADO, J. S. de A. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 7 p. 2663-2672, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08782021>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08782021>. Acesso em: 20 dez. 2022.

OLIVEIRA, E.N. *et al.* Automutilação sem intenção suicida e fatores associados entre estudantes do ensino médio. In: FREITAS, G.B.L de. **Saúde mental: desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna**. Editora Pasteur, 2020. p. 64-76.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev., 2008. Disponível em: . Acesso: 13 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa sobre suicídio**. Genebra: OMS, 2018.

OTTO, S. C.; SANTOS, K. A. dos. O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. **Psicologia Revista**, v. 25, n. 2, p. 265–288, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24537>. Acesso em: 24 out. 2021.

PEDROSA, J. I. dos S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200190, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>.

PENSO, M. A.; SENA, D. P. A. DE. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Sociedade e Estado**, v. 35, n. 2, p. 61-82. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/rLfXhwgd7qgpBzMSrjwFXmj/?lang=pt>.

PEREIRA, S.M; BARRETO, M.L. **Estudos de intervenção**. IN: ALMEIDA FILHO, N.de., BARRETO ML. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PEREIRA, L. M. *et al.* TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE ADOLESCENTES. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 15, n. 1, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247457>. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/247457>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PEUKER, A. C. W. et al. Uso de álcool e outras drogas por adolescentes: associações com problemas emocionais e comportamentais e o funcionamento familiar. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 2, p. 315-334,2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n02A06..> Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652020000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2023.

PLENER, P. L., ALLROGGEN, M., KAPUSTA, N. D., BRÄHLER, E., FEGERT, J. M., & GROSCHWITZ, C. (2016) The prevalence of nosuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the german population. **BMC Psychiatry**, 16, 353. doi: 10.1186/s12888-016-1060-x.

PINAFO, E. **Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família**. Dissertação (Mestrado). Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 2010.

PINAFO, E. *et al.* A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1825-1832, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pChstXWhBWDpRKRjs7RfyZb/?lang=pt>.

PINHEIRO, T. DE P.; WARMLING, D.; COELHO, E. B. S. Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/rdNnGb6Pvn58YWJrXTggkXh/?lang=pt#>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUESADA, A. A; FIGUEIREDO, C.G da S; ARAGÃO, C.H de; FIGUEIREDO, K. da S; GARCIA, M. S; LIMAVERDE, R. **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio | 15 a 18 anos**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.

RAUPP C.S., MARIN, A.H, MOSMANN, C.P. Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. **Psicologia Clínica** 2018; 30: 287- 308.

RODRÍGUEZ, S. *et al.* O papel da desesperança e do significado na vida em uma amostra clínica com auto-lesões não suicidas e tentativas de suicídio. **Psicotema** v. 29, n. 3, p. 323-328, 2017. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>. Disponível em: <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, suppl 2, p. 1299-1311, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 23 out. 2021.

SAMPAIO, D. *et al.* Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. **Análise psicológica**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 139-155, jun. 2000. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312000000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2020.

SCAVACINI, K. et al. **Saúde Mental de Adolescentes e Jovens**. SCAVACINI, K. e FONTOURA, J. São Paulo: Instituto Vita Alere 2021.

SILVA, A.C. **Comportamento autolesivo não suicida em Redes Sociais Virtuais**. Dissertação (Mestrado). Divinópolis, Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016.

SILVA K.L, *et al* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fZYNbKFKQ4v6ZC3S4bPzV4g/?lang=pt>.

SILVA, R. F.; e ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, suppl 1, p. e190548, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190548>. Acesso em: 23 out. 2021

SILVA, H.; BARBOSA, J. V. A. Baleia azul: do pensamento ao ato. **Psicologia** 2017; 19.11.

SILVA, R.V. B. da. Os Conflitos na Fronteira de Contato entre Pais e Filhos Adolescentes. **IGT rede**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 53-66, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2022.

SILVA, J.D.A; SOARES N.R. A; VITÓRIO, A. M. F. Construção de uma cartilha educativa como estratégia de prevenção utilizada pelo enfermeiro. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v. 10, n. 1, p. 1-14. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/3382>. Aceso em: 21 mai. 2022.

SILVA, M.A.I. *et al*. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, p.619-627, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/619-627/>. Acesso em: 2 jun 2020.

SISTROM C.L; GARVAN C. W. **Proportions, odds, and risk**. **Radiology**.v. 230, n. 1, p. 2-19, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/radiol.2301031028>.

SOFFNER, R. Tecnologia e educação: um diálogo Freire – Papert. **Tópicos Educacionais** - UFPE, Recife, v.19, n.1, jan/jun. 2013.

SOUZA, L. B. DE.; PANÚNCIO-PINTO, M. P.; FIORATI, R. C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/yLRT3x4JrDbH6T4djNw95DR/?lang=pt>.

SOUZA, L. M. M., et. al. Metodologia de revisão integrativa da literatura em Enfermagem. **Revista Investigação Enfermagem**, v. 2, n. 21, p. 17-26, 2017. Disponível em: <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf>.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Acesso em: 24 no. 2022.

SURJUS, L.T.L.S; PUPO, J; GUERRERO, A.V. P; SCAFUTO, J.C.B. organizadores. Planejando e realizando um curso sobre drogas e direitos humanos - **Drogas e Direitos Humanos: Protagonismo, Educação entre pares e Redução de Danos**. 2019 Abr [acessado 2022 dez 5]; 1(1):[cerca de 119 p.]. Disponível em: https://edelei.org/wp-content/uploads/2019/04/E-book-Drogas_Direitos_Humanos_final-1.pdf

TASSINARI, Márcia Alves. **Plantão Psicológico Centrado na Pessoa como promoção da Saúde no contexto escolar**. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

TURNER, V. J. Secret scars: uncovering and understanding the addiction of self•injury. **Center City**, Minnesota: Hazelden, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zdzwnsyC9nQV8dNgsDqbxLd/abstract/?lang=pt>.

WALSH, B. W. Treating self-injury: a practical guide. New York: **Guilford Press**, 2016.

Wong, P. W. *et al.* Acessando informações relacionadas ao suicídio na internet: um estudo observacional retrospectivo do comportamento de pesquisa. **Journal of Medical Internet Research**, v. 15, n. 1, p. e3. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432014000100004.

YIN, X. *et al.* Comparação de Lesões Intencionais e Não Intencionais Entre Crianças e Adolescentes Chineses. **Journal of Epidemiology**. v. 30, n. 12, p. 529-536, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25110519/>.

ZETTERQVIST, M.; LUNDH, L. G.; SVEDIN, C. G. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 8, n. 23, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25110519/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA RESPONSÁVEIS PELO ADOLESCENTE

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, o pesquisador responsável pelo estudo e a equipe desta pesquisa estarão disponíveis para esclarecê-los. A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Título do Estudo: PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES ESCOLARES: INTERVENÇÃO EDUCATIVA HÍBRIDA MEDIADA PELO CÍRCULO DE CULTURA

Os Objetivos do Estudo são:

Geral: Desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção educativa que utiliza como método o Círculo de Cultura aplicado através de TDIC's na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca- CE;

Específicos:

- Verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, auto agressão e ideação suicida de adolescentes escolares;
- Realizar uma intervenção educativa híbrida mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação junto aos adolescentes escolares;
- Comparar os comportamentos de impulsividade, auto agressão e ideação suicida de adolescentes escolares antes da intervenção educativa e 30 dias após;
- Apresentar os Discursos do Sujeito Coletivo a partir das manifestações dos adolescentes durante a intervenção educativa híbrida

Duração do Estudo

O estudo será desenvolvido durante o período de maio a julho de 2022, os dados coletados ao longo da pesquisa serão incluídos em banco de dados para posterior utilização. Será dividido em três etapas que comporão a pesquisa num âmbito total.

Descrição do Estudo

O estudo consiste em realizar uma intervenção educativa mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE na idade de 14 até 16 anos, na E.E.M. Rosinha Bastos Sampaio, localizada em Meruoca - CE.

Você está sendo convidado a participar de um estudo longitudinal que tem impacto na prevenção da automutilação em adolescentes através de TDIC's através do Círculo de Cultura. Não será obrigatória a sua participação no estudo, como também, não será definido que você será participante de todo o estudo. Já que, o estudo será dividido em três etapas e você, ao aceitar participar, estará compondo a amostra do primeiro momento, etapa, da pesquisa. Serão incluídos no estudo adolescentes de 14 a 16 anos que estiverem matriculados na escola. Não participará qualquer adolescente que não puder participar de alguma das etapas da pesquisa por impossibilidade de participação.

Procedimento do Estudo:

Após entender, concordou em participar e assinar o TCLE, que terá duas vias, uma retida pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

Você poderá participar de três etapas de intervenção, **A primeira etapa:** Aplicação do questionário pré-teste. Será necessário verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, auto agressão e ideação suicida de adolescentes escolares de Meruoca-CE, antes e após a intervenção educativa online, para efeito de comparação e verificar possíveis alterações. Assim, será utilizado o Questionário de Impulsividade, auto agressão e ideação suicida para adolescente (QIAIS-A) de cunho psicométrico, junto com a escala de silhueta de Stunkard e o perfil sociodemográfico que terá como objetivo construir um diagnóstico sobre o público. **A segunda etapa consistirá** de uma intervenção educativa mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE. Para compor o grupo intervenção foi escolhida uma turma de determinado ano, na qual apresentaram maiores escores no QIAIS-A. Ou seja, as maiores pontuações nas três escalas que constam no questionário. Porém não será vedada a participação de estudantes de outras turmas, que venham a manifestar interesse e consentimento dos pais na participação. A quantidade da população desta etapa está condicionada a aplicação do questionário e ao interesse em participar dos estudantes e não pode ser fixada previamente. Estão planejados seis encontros realizados de forma semanal, sendo 3 presenciais e 3 de forma virtual, pelo *Google Meet* no período de 2 meses, com duração entre 60-90 minutos, dependendo do envolvimento dos estudantes e contribuições para construção dos produtos. A intervenção terá o objetivo de prevenir e/ou amenizar a automutilação em adolescentes escolares. **A terceira etapa:** os adolescentes serão convidados a responder novamente o questionário online contendo o QIAIS-A todos os alunos que participaram da primeira etapa da intervenção educativa, a fim de comparar os resultados obtidos antes e após a intervenção no intuito de analisar os efeitos desta intervenção online mediada pelo Círculo de Cultura na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE. Também será investigado sobre as percepções dos participantes acerca do uso das TDIC's como prevenção da automutilação no contexto da adolescência;

As informações serão armazenadas para quaisquer esclarecimentos, caso seja necessário, os participantes poderão ser contatados por meio de e-mail pelo pesquisador.

Todos os esclarecimentos serão dados, bem como qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. O participante do estudo poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas e demais eventos acadêmicos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade da pessoa pela qual se assume a responsabilidade.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconfortos

Este estudo apresenta possíveis riscos aos participantes devido ao tema abordado durante a intervenção, por se tratar da prevenção a automutilação em adolescentes. Porém destaca-se o fato desta pesquisa utilizar um formulário para geração de código de acesso sigiloso, o que garante a não identificação dos participantes da pesquisa, assim como a oferta do serviço de plantão psicológico, de caráter não obrigatório, para os estudantes que participarem da intervenção e que comuniquem o interesse. O plantão será ofertado nos dias em que acontecerão os encontros presenciais. Para além do serviço de plantão, serão indicados aplicativos que possam contribuir com o suporte e o apoio da rede de saúde mental municipal, em caso de necessidade.

O pesquisador garante que buscará minimizar os riscos e efeitos que os participantes venham a sofrer, através de sensibilização da comunidade escolar, solicitação de apoio profissional e pedagógico, como também será garantido sigilo e confidencialidade sobre as informações e resultados dos testes aplicados.

Não há qualquer risco físico, efeitos colaterais que representem danos físicos e materiais aos participantes.

Benefícios para o participante

Os participantes serão acompanhados durante o estudo através de profissional especializado, que poderá analisar e encaminhar qualquer necessidade para acompanhamento psicológico individualizado no serviço de saúde pública. Além da contribuição dos participantes com as próximas gerações.

Compensação

Você não terá despesa adicional e nenhuma compensação para participar desta pesquisa.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo/Descontinuação do Estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser.

Após assinar o TCLE, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem lhe causar quaisquer prejuízos.

O pesquisador poderá retirá-lo do estudo, caso os procedimentos do estudo possam apresentar algum risco. Mas isso tudo será devidamente informado ao Sr (a). Além disso, tanto o pesquisador, como o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), poderá interromper o estudo, caso julgue que o mesmo possa apresentar algum dano aos participantes.

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo nesta instituição são: Joyce Mazza Aragão Nunes e Thaisa Quixadá Fontenele que poderão ser encontradas no endereço: Rua Gerardo Rangel, 261, Centro de Ciências da Saúde (CCS) Campus Derby, no Curso do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA ou nos respectivos telefones: (88) 3614-2439/ 99269-1137.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA, através do telefone (88) 3677-4255.

SOBRAL, , de 2022.

Nome e assinatura da aluna pesquisadora

Nome e assinatura do orientador

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TALEADOELSCENTE

Caro adolescente,

Eu, THAISA QUIXADÁ FONTENELE, responsável pela pesquisa intitulada: **PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO EM ADOLESCENTES ESCOLARES: INTERVENÇÃO EDUCATIVA HÍBRIDA MEDIADA PELO CÍRCULO DE CULTURA** sob orientação da **Profª Draª Joyce Mazza Aragão Nunes** estamos convidando (a) para participar como voluntário deste estudo.

O **objetivo geral** desta pesquisa é: Desenvolver, implementar e avaliar uma intervenção educativa que utiliza como método o Círculo de Cultura aplicado através de TDIC's na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca- CE;

Objetivos específicos são:

- Verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, auto agressão e ideação suicida de adolescentes escolares;
- Realizar uma intervenção educativa híbrida mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação junto aos adolescentes escolares;
- Comparar os comportamentos de impulsividade, auto agressão e ideação suicida de adolescentes escolares antes da intervenção educativa e 30 dias após;
- Apresentar os Discursos do Sujeito Coletivo a partir das manifestações dos adolescentes durante a intervenção educativa híbrida;

Se aceitar participar, a pesquisa será feita após entender, concordar em participar e assinar o TCLE, que terá duas vias, uma retida pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

Você poderá participar de três etapas de intervenção.

A primeira etapa: Aplicação do questionário pré-teste. Será necessário verificar o perfil de comportamentos de impulsividade, auto agressão e ideação suicida de adolescentes escolares de Meruoca-CE, antes e após a intervenção educativa online, para efeito de comparação e verificar possíveis alterações. Assim, será utilizado o Questionário de Impulsividade, auto agressão e ideação suicida para adolescente (QIAIS-A) de cunho psicométrico, junto com a escala de silhueta de Stunkard e o perfil sociodemográfico que terá como objetivo construir um diagnóstico sobre o público. **A segunda etapa** consistirá de uma intervenção educativa mediada por TDIC's para a prevenção de automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE. Para compor o grupo intervenção foi escolhido uma turma de determinado ano, na qual apresentaram maiores escores no QIAIS-A. Ou seja, as maiores pontuações nas três escalas que constam no questionário. Porém não será vedada a participação de estudantes de outras turmas, que venham a manifestar interesse e consentimento dos pais na participação. A quantidade da população desta etapa está condicionada a aplicação do questionário e ao interesse em participar dos estudantes e não pode ser fixada previamente. Estão planejados seis encontros realizados de forma semanal, sendo 3 presenciais e 3 de forma virtual, pelo *Google Meet* no período de 2 meses, com duração entre 60-90 minutos, dependendo do envolvimento dos estudantes e contribuições para construção dos produtos. A intervenção terá o objetivo de prevenir e/ou amenizar a automutilação em adolescentes escolares. **A terceira etapa:** os adolescentes serão convidados a responder novamente o questionário online contendo o QIAIS-A todos os alunos que participaram da primeira etapa da intervenção educativa, afim de comparar os

resultados obtidos antes e após a intervenção no intuito de analisar os efeitos desta intervenção online mediada pelo Círculo de Cultura na prevenção da automutilação em adolescentes escolares de Meruoca-CE. Também será investigado sobre as percepções dos participantes acerca do uso das TDICs como prevenção da automutilação no contexto da adolescência.

As informações serão armazenadas para quaisquer esclarecimentos, caso seja necessário, os participantes poderão ser contatados por meio de e-mail pelo pesquisador.

Todos os esclarecimentos serão dados, bem como qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. O participante do estudo poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas e demais eventos acadêmicos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade da pessoa.

Este estudo apresenta possíveis riscos aos participantes devido ao tema abordado durante a intervenção, por se tratar da prevenção a automutilação em adolescentes. Porém destaca-se o fato desta pesquisa utilizar um formulário para geração de código de acesso sigiloso, o que garante a não identificação dos participantes da pesquisa, assim como a oferta do serviço de plantão psicológico, de caráter não obrigatório, para os estudantes que participarão da intervenção e que comuniquem o interesse. O plantão será ofertado nos dias em que acontecerão os encontros presenciais. Para além do serviço de plantão, serão indicados aplicativos que possam contribuir com o suporte e o apoio da rede de saúde mental municipal, em caso de necessidade.

Não há qualquer risco físico, efeitos colaterais que representem danos físicos e materiais aos participantes.

O pesquisador garante que buscará minimizar os riscos e efeitos que os participantes venham a sofrer, através de sensibilização da comunidade escolar, solicitação de apoio profissional e pedagógico, como também será garantido sigilo e confidencialidade sobre as informações e resultados dos testes aplicados.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão apresentados em Universidades, eventos e em periódicos científicos. É importante enfatizar ainda que seu nome não será em nenhum momento divulgado, e você tem o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem causar nenhum transtorno ou malefício.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção destinada e sua colaboração no estudo.

SOBRAL, , DE 2022.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome e Assinatura do Pesquisador Principal

Nome e assinatura do orientador

APÊNDICE C – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
QUESTIONÁRIO REFERENTE AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Codínome : _____

Série: 7ºano () 8º ano () 9º ano

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Em qual dessas classificações você define sua cor/raça:

() branca 2 () preta 3 () parda 4 () indígena 5 () Outra: _____

1) Qual a renda da sua família? (juntando todo o dinheiro que entra na casa. Salário mínimo: R\$ 1.040,00).

() Não sei () 1 sal. mínimo () de 1 a 2 sal. Mínimos () de 2 a 3 sal. Mínimos

() De 3 a 4 sal. Mínimo () Mais que 4 sal.mínimos

2) Qual a sua religião?

() Católica () Evangélica () Espírita () Nenhuma () Outra: _____

3)Com quem você mora?

() Com pai e mãe e irmãos () Só com a mãe e irmãos () Só com o pai e

irmãos () Com outros familiares () Com outras pessoas: _____

4)Onde você reside:

() Cidade de Meruoca (Zona urbana) 2() Distrito de Meruoca (zona rural)

5. Como se desloca até a escola:

()Caminhando ()Bicicleta ()Moto ()Carro ()Ônibus () outro:_____

6) Qual sua situação conjugal/afetiva:

()Solteiro (a), com parceiro fixo () Solteiro(a), sem parceiro

fixo () 4 Casado(a) /união estável () Separado/divorciado

7. Sobre sua orientação sexual, você se considera:

() heterossexual (relação com sexo oposto) () homossexual (relação com pessoas do mesmo sexo) () bissexual (relação sexual com homens e mulheres)

() Outros_____

8. Você tem filhos? () Sim () Não

APÊNDICE D - INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DE DISCURSO

Instrumento de Análise de Discurso 1 - IAD1

TEXTO DO ENCONTRO TRANSCRITO	EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS-CENTRAIS ANCORAGENS

- Leitura do texto transcrito dos encontros e identificação e codificação de ECH associadas à IC e AC inferidas daquela figura metodológica.
- Transposição das ECH para a segunda coluna do IAD1, e registro das correspondentes IC e AC na terceira coluna do mesmo instrumento.
- Releitura dos IAD1, visando fundir IC/AC de significado semelhante.
- Elaboração de Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2), abaixo apresentado, para cada IC/AC.

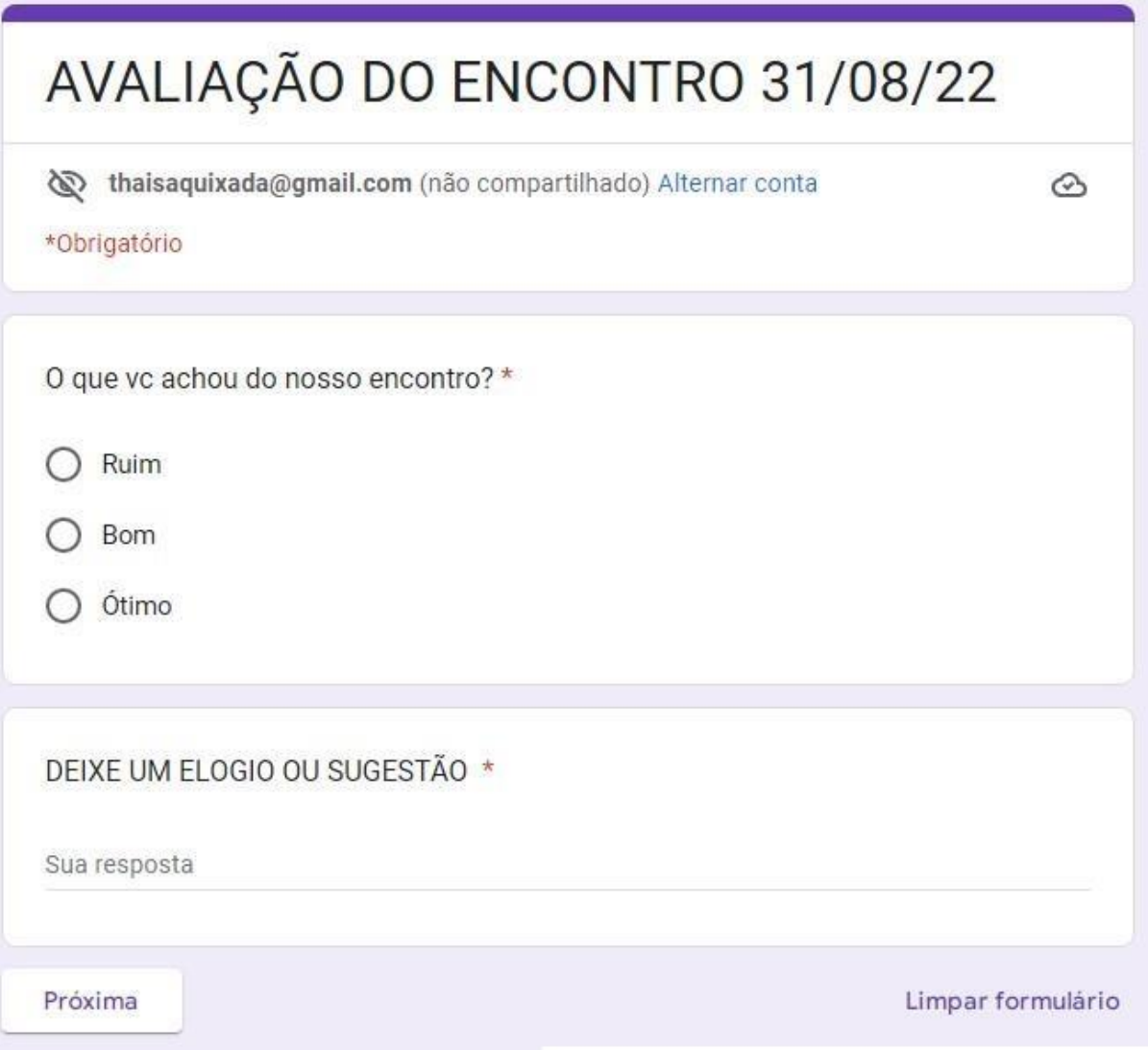
Instrumento de Análise de Discurso 2 – IAD2

IC/AC:

EXPRESSÕES-CHAVE	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

- Transposição das ECH de cada IC/AC para a primeira coluna de seu respectivo IAD2.
- Transposição das ECH da primeira para a segunda coluna do IAD2, onde se efetuará a edição do texto, colocando-o na primeira pessoa do singular, eliminando as passagens que identificam sujeitos, locais e situações específicos, e colocando-se expressões de ligação adequadas à inteligibilidade do DSC.

APÊNDICE E - PRINT DA TELA DO *GOOGLE FORMS* COM MODELO DE AVALIAÇÃO REALIZADA NOS ENCONTROS VIRTUAIS.



The image shows a Google Forms interface for an evaluation. At the top, the title 'AVALIAÇÃO DO ENCONTRO 31/08/22' is displayed in a large, bold, black font. Below the title, the user's email 'thaisaquixada@gmail.com' is shown with a lock icon and the text '(não compartilhado) Alternar conta'. A red asterisk followed by the word 'Obrigatório' indicates a required question. The first question is 'O que vc achou do nosso encontro? *', which has three radio button options: 'Ruim', 'Bom', and 'Ótimo'. The second question is 'DEIXE UM ELOGIO OU SUGESTÃO *', followed by a text input field labeled 'Sua resposta'. At the bottom left, there is a 'Próxima' button, and at the bottom right, there is a 'Limpar formulário' link.

AVALIAÇÃO DO ENCONTRO 31/08/22

 **thaisaquixada@gmail.com** (não compartilhado) [Alternar conta](#) 

***Obrigatório**

O que vc achou do nosso encontro? *

☐ Ruim

☐ Bom

☐ Ótimo

DEIXE UM ELOGIO OU SUGESTÃO *

Sua resposta

[Próxima](#) [Limpar formulário](#)

APÊNDICE F - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS DO ENCONTRO 1, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES RELACIONADO AO TEMA DE SAÚDE MENTAL E O AGRUPAMENTO DAS IDEIAS CENTRAIS.

SAÚDE MENTAL IAD 1	
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL
1 – E1. - <i>Tá bem mentalmente.</i>	(1ª Ideia) Saúde Mental associada à mente. A
2 – E2. - <i>Tá feliz.</i>	(1ª Ideia) Saúde mental associada à felicidade. A
3 – E3. - <i>Sem problema, tá feliz</i>	(1ª Ideia) Saúde mental associada à felicidade. A
4 – E4. - <i>Está sabendo lidar com situações bem.</i>	(1ª Ideia) Resiliência diante das dificuldades. B
5 – E5. - <i>Estar estável psicologicamente</i>	(1ª Ideia) Saúde mental como algo apenas psicológico. A
6 – E6. - <i>Equilibrar. Nem tão ruim e nem tão bom.</i>	(1ª Ideia) Equilíbrio diante das adversidades. B
7 – E7. - <i>Saúde mental, é saber lidar com a situação, ficar bem apesar das coisas que a vida traz, né?</i>	(1ª Ideia) Resiliência diante das dificuldades. B
8 – E8. - <i>Saúde mental quando eu me sinto feliz.</i> Mas não tem como ser feliz o tempo todo. Também fico nervosa, do nada.	(1ª Ideia) Saúde mental associada à felicidade. A

IDEIAS CENTRAIS - SAÚDE MENTAL	
AGRUPAMENTO A - Saúde mental relacionada a mente ou emoções.	Saúde Mental associada à mente; Saúde mental associada à felicidade; Saúde mental como algo apenas psicológico.
AGRUPAMENTO B – Saúde mental relacionada ao comportamento humano.	Equilíbrio diante das adversidades; Resiliência diante das dificuldades.

APÊNDICE G -CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS DO ENCONTRO 1, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES SOBRE A FORMA COMO OS ADOLESCENTES LIDAM COM SUAS EMOÇÕES E O AGRUPAMENTO DAS IDEIAS CENTRAIS.

COMO VOCÊ LIDA COM EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS IAD 1	
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL
1 – E1. - <i>Eu me afasto. Guardo tudo dentro de mim, as coisas da minha cabeça.</i>	(1ª Ideia) Distanciamento. A
2 – E2. - <i>Eu descontro em todo mundo. Quando tenho raiva.</i>	(1ª Ideia) Raiva/ Impulsividade A
3 – E3. - <i>Eu me sento em uma cadeira e lá só pensando.</i>	(1ª Ideia) Distanciamento. A
4 – E4. - <i>Eu como.</i>	(1ª Ideia) Impulsividade
5 – E5. - <i>Eu tento me distrair.</i>	(1ª Ideia) Prática de autocuidado B
6 – E6. - <i>Eu dou dedo.</i>	(1ª Ideia) Comportamento negativo como forma de alívio A
7 – E.7 - <i>Eu dou murro na parede.</i>	(1ª Ideia) Comportamento auto lesivo. A
8 – E8. - <i>Quando eu me estresso eu bato nas coisas.</i>	(1ª Ideia) Comportamento auto lesivo. A
9 – E9. - <i>Eu me estresso aqui na escola.</i>	(1ª Ideia) Comportamento negativo como forma de alívio. A
10- E10. - <i>Eu choro. Tem gente que se corta, tem gente que faz de uma forma pra descontar essa raiva, né?</i>	(1ª Ideia) Comportamento negativo como forma de alívio. A
11 – E11. - <i>Eu fico com a sensação de que não confio em mim. Me sinto insuficiente em tudo que faço.</i>	(1ª Ideia) Sensação de insegurança e insuficiência. C
12 – E12. - <i>Tem momentos em que eu sinto que não tenho muita função. Nada do que a gente faça está certo.</i>	(1ª Ideia) Sensação de inutilidade. C
13 – E13. - <i>Não. Vou dormir. Não, então eu vou jogar bola. Fazer alguma coisa.</i>	(1ª Ideia) Prática de autocuidado B

IDEIAS CENTRAIS - COMO VOCÊ LIDA COM EMOÇÕES DESAGRADÁVEIS?	
AGRUPAMENTO A – Comportamento negativo como forma de alívio.	Distanciamento; Raiva/ Impulsividade; Comportamento negativo como forma de alívio.
AGRUPAMENTO B – Prática de Autocuidado.	Prática de autocuidado.
AGRUPAMENTO C– Sentimento de Insegurança/ insuficiência.	Sensação de insegurança e insuficiência; Sensação de inutilidade.

APÊNDICE H -CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS DO ENCONTRO 1, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES SOBRE O TEMA; REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL E O AGRUPAMENTO DAS IDEIAS CENTRAIS.

REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL IAD 1	
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL
1 – E1. <i>É o que mais tira a saúde mental de alguém.</i>	(1ª Ideia) Algo que tira a saúde mental. A
2 – E2. - <i>Eu acho massa porque assisto meu jogo. Uns forrozinhos. Tem coisa que não preste também.</i>	(1ª Ideia) Tem um lado bom e outro ruim. B
3 – E3. - <i>Jogo dar estresse. Jogar e assistir.</i>	(1ª Ideia) Gerador de Estresse. A
4 – E4. - <i>Ocupa meu tempo. E às vezes me sinto ansioso.</i>	(1ª Ideia) Percepção de ambiguidade no conteúdo das redes sociais. B
5 – E5. - Quando eu acesso as redes sociais eu vejo <i>aparentemente a vida perfeita das pessoas. É o paraíso da vida. Às vezes a gente fica meio angustiado com isso.</i>	(1ª Ideia) Rede social como exposição da vida perfeita geradora de angústia. A
6 – E6. - <i>É sempre o momento perfeito, é a felicidade, né? o registro de um momento feliz. E isso tem um impacto muito grande. Faz a gente se sentir ruim.</i>	(1ª Ideia) Ideia de perfeição que gera um sentimento ruim. A
7 – E.7 - As redes sociais podem <i>muito bem ser usadas pra divertir, pra distrair,</i> mas elas também <i>podem ser usadas como válvulas de escape que às vezes não é tão bacana.</i>	(1ª Ideia) Redes como algo que pode ser bom ou ruim. B

IDEIAS CENTRAIS - REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL	
AGRUPAMENTO A– Rede Social como potencial para surgimento de sentimentos ruins.	Algo que tira a saúde mental; Gerador de Estresse; Rede social como exposição da vida perfeita geradora de angústia; Ideia de perfeição que gera um sentimento ruim.
AGRUPAMENTO B– Percepção de ambiguidade no conteúdo das redes sociais.	Tem um lado bom e outro ruim; Percepção de ambiguidade no conteúdo das redes sociais; Redes como algo que pode ser bom ou ruim.

APÊNDICE I - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 2, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES RELACIONADAS A TEMÁTICA DA AUTOMUTILAÇÃO E O AGRUPAMENTO DAS IDEIAS CENTRAIS.

AUTOMUTILAÇÃO IAD 1		
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL	ANCORAGEM
1 – E1. - <i>Acho muito importante ressaltar que esse assunto é muito importante, apesar de muitas pessoas terem gatilhos. E não, <u>eu não acho que os pais entendem</u> esses assuntos, eles julgam e chamam até de besteira. mas as pessoas que sofrem com <u>isso de automutilação, é pra aliviar as dores.</u></i>	(2ª Ideia) Falta de entendimento do assunto por parte dos pais. B (3ª Ideia) Automutilação como forma de alívio de dores. A	Os pais não entendem o assunto. B
2 – E2. - <i>A pessoa que se machuca por se sentir angustiado, sozinho.</i>	(1ª Ideia) Automutilação por solidão e angústia. A	
3 - E3. - <i><u>Acho que os pais não entendem.</u></i>	(1ª Ideia) Falta de entendimento do assunto por parte dos pais. B	Os pais não entendem o assunto. B
4 – E4. - <i>Uma forma de aliviar sua dor ou raiva.</i>	(1ª Ideia) Automutilação como forma de alívio de dor e raiva. A	
5 – E5. - <i>Eu acho que no momento da crise de uma pessoa seria como um gatilho para <u>aliviar o que está sentindo no momento.</u></i>	(1ª Ideia) Automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento. A	

IDEIAS CENTRAIS - AUTOMUTILAÇÃO	
AGRUPAMENTO A – Automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento.	Automutilação por solidão e angústia; Automutilação como forma de alívio de dor e raiva; Automutilação como forma de alívio do que está sentindo no momento.
AGRUPAMENTO B – Os pais não entendem o assunto. (ANCORAGEM)	Falta de entendimento do assunto por parte dos pais; Os pais não entendem o assunto.

APÊNDICE J - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 2, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES DA TEMÁTICA AUTOIMAGEM E O AGRUPAMENTO DAS IDEIAS CENTRAIS.

O QUE VOCÊ VÊ QUANDO OLHA NO ESPELHO? IAD 1		
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL	ANCORAGEM
1 – E1. Eu queria muito que não existisse um <u>padrão de beleza sabe? Na minha opinião, não existe. Mas existe, sim. Só que acho muito desnecessário essa existência</u> , já que tira muito o <u>conforto da pessoa de tirar uma foto e se sentir bem</u> . A maioria dos dias eu gosto do que vejo.	(1ª Ideia) Existência de padrão de beleza existe. A (2ª Ideia) Seria melhor não existir padrão de beleza. A (3ª Ideia) Existência do padrão de beleza faz algumas pessoas não se sentirem bem. A (4ª Ideia) Visão positiva quanto à autoimagem.	A existência de um Padrão de Beleza A
2 – E2. - <i>Eu me sinto feliz</i> , porque percebi que <i>me tornei alguém melhor</i> .	(1ª Ideia) Visão positiva quanto à autoimagem. B (2ª Ideia) Ter evoluído com o passar do tempo. B	
3 - E3. - <u>Acho que exige sim um padrão, mas que ninguém é obrigado a seguir</u> .	(1ª Ideia) Existência de padrão de beleza. A (2ª Ideia) Não obrigatoriedade em seguir um padrão. A	A existência de um Padrão de Beleza A
4 – E4. – <i>Quando me olho no espelho além de ver se a roupa que estou usando está boa, é oportunidade de tirar foto</i> .	(1ª Ideia) Espelho utilizado para olhar a roupa e postar foto. D	
5 – E5. – <i>Gosto do que vejo</i> . Na minha opinião está mais pro lado de sim, do que não. <u>Não gosto da ideia de ter que seguir o que dizem que é padrão sabe?</u>	(1ª Ideia) Visão positiva quanto à autoimagem B. (2ª Ideia) Seria melhor não existir padrão de beleza. A	A existência de um Padrão de Beleza A
6- E6. - <i>Eu me sinto feliz com o que vejo no espelho. Gosto de tirar foto diante dele e me sentir confortável</i> .	(1ª Ideia) Gosto de como me vejo no espelho. B (2ª Ideia) Espelho utilizado para postar foto. D	
7- E7. - <i>Me sinto bem</i>	(1ª Ideia) Associação	

<i>em ver q me tornei a pessoa que queria ser.</i> Gosto disso.	do externo com o interno de forma positiva. B	
8- E8. - <i>Fico feliz!! Gosto de olhar no espelho e postar foto. Me deixa animada.</i> Mas sei que <u>algumas pessoas sentem muita pressão em seguir um padrão de beleza.</u> Não tenho isso.	(1ª Ideia) Feliz com o que vê. B (2ª Ideia) Pressão de outras pessoas em seguir um padrão. A (3ª Ideia) Espelho utilizado para olhar a roupa e postar foto. D	A existência de um Padrão de Beleza A
9 – E9. - <i>Vejo uma pessoa legal, além das aparências. Mas já passei uma época que não conseguia ver assim. Me sentia mal comigo.</i>	(1ª Ideia) Gosto de como me vejo no espelho. B (2ª Ideia) Sentir-se bem é algo recente. B	
10- E10. - <i>Vejo alguém que não reconheço há muito tempo. Acho que é mais como me sinto dentro de mim, aí sei lá. Não gosto do que vejo.</i>	(1ª Ideia) Não reconhece o que vê e não gosta. C (2ª Ideia) Associação do externo com o interno. C	
11 – E11. - <i>Não gosto muito da minha aparência.</i>	(1ª Ideia) Não gosta do que vê. C	

IDEIAS CENTRAIS - AUTOIMAGEM	
AGRUPAMENTO A – A existência de um Padrão de Beleza. (Ancoragem)	Pressão de outras pessoas em seguir um padrão; Seria melhor não existir padrão de beleza; Não obrigatoriedade em seguir um padrão; Existência de padrão de beleza faz as pessoas não se sentirem bem.
AGRUPAMENTO B – Autoimagem e redes sociais.	Espelho utilizado para olhar a roupa e postar foto; Espelho utilizado para postar foto.
AGRUPAMENTO C – Visão negativa da autoimagem.	Não gosta do que vê. Associação do externo com o interno de forma negativa; Não reconhece o que vê e não gosta.
AGRUPAMENTO D – Visão positiva quanto a autoimagem.	Gosto de como me vejo no espelho; Sentir-se bem é algo recente; Feliz com o que vê; Associação do externo com o interno de forma positiva.; Visão positiva quanto à autoimagem; Ter evoluído com o passar do tempo.

APÊNDICE L - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 3, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES SOBRE A TEMÁTICA DE SAÚDE MENTAL E AGRUPAMENTO DE IDÉIAS CENTRAIS.

SAÚDE MENTAL IAD 1		
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL	ANCORAGEM
1 - E1. - <u>Saúde mental é muito além da saúde física e mais do que um transtorno mental.</u> As <u>pessoas acham que só quem tem transtorno mental tem que se cuidar,</u> apenas essas e <u>na verdade a gente tem que cuidar sempre.</u>	(1ª Ideia) Saúde Mental como algo além do físico e do transtorno mental. A (2ª Ideia) Independente de ter ou não transtorno mental precisamos nos cuidar. A	Saúde mental como algo integral e multifatorial. A
2-E2- <u>Saúde mental contribui pros relacionamentos do dia a dia</u> e para em trabalhos e também <u>para o nosso bem-estar como ser humanos e pessoas da sociedade.</u>	(1ª Ideia) Saúde mental contribuindo para os relacionamentos e bem estar. A	Saúde mental como algo integral e multifatorial. A
3- E3 – <u>Existe muito preconceito</u> com relação à saúde mental. Ela está em atitudes do dia a dia que a gente precisa desenvolver pra conseguir <u>viver melhor em sociedade, viver melhor as nossas relações.</u>	(1ª Ideia) Saúde mental visão de preconceito. (3ª Ideia) Melhoria de vida nas relações. A	Saúde mental como algo integral e multifatorial. A

ANCORAGEM - SAÚDE MENTAL	
AGRUPAMENTO A – Saúde Mental como algo integral e multifatorial. (ANCORAGEM)	Saúde Mental como algo além do físico e do transtorno mental; Independente de ter ou não transtorno mental precisamos nos cuidar; Saúde mental contribuindo

	para os relacionamentos e bem estar; Melhoria de vida nas relações.
--	---

APÊNDICE M - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 3, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES SOBRE A TEMÁTICA: COMO LIDAR COM AS EMOÇÕES.

COMO VOCÊ LIDA COM AS EMOÇÕES IAD 1		
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL	ANCORAGEM
1-E1.- O texto fala sobre como lidar com seus problemas e o que a gente faz para se sentir melhor. <u>A gente precisa resolver as coisas ruins que sentimos de um jeito que não tragam consequências e nem negatividade pra ninguém.</u> Aí não dê pra qualquer coisa.	(1ª Ideia) Lidar com as emoções de forma positiva. A	Ter habilidades sócio emocionais desenvolvidas. Diante das inconstâncias da vida. A
2-E2. - <u>Eh a gente muda repetidamente né? Mesmo quando a gente nem percebe está mudando.</u> E é <u>difícil entender tudo isso que a gente sente.</u> Mas eu acho que da pra <u>entender agora que sou capaz de mudar e me sentir melhor.</u>	(1ª Ideia) Constante mudança. A (2ª Ideia) Dificuldade de entender os sentimentos. A (3ª Ideia) Mudança como algo positivo. A	Ter habilidades sócio emocionais desenvolvidas. Diante das inconstâncias da vida. A
3-E3. - Aí eu também <u>entendi que até a maneira da gente pensar, sentir muda também.</u>	(1ª Ideia) Constante mudança. A	Ter habilidades sócio emocionais desenvolvidas. Diante das inconstâncias da vida. A
4-E4. – <u>Eu mudei muito de um tempo pra cá. Na forma de se comportar, na forma de sentir. Eu não lido mais da mesma forma que antes com os meus sentimentos, eu acho que hoje estou melhor. Acho que esses momentos ajudam.</u>	(1ª Ideia) Constante mudança. A	Ter habilidades sócio emocionais desenvolvidas. Diante das inconstâncias da vida. A

APÊNDICE N - CONSTRUÇÃO DO DSC SOBRE A IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES SÓCIO EMOCIONAIS DESENVOLVIDAS, ENCONTRO 3, DIANTE DAS INCONSTÂNCIAS DA VIDA E AGRUPAMENTO DAS IDEIAS CENTRAIS.

AUTOCUIDADO IAD 1		
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL	ANCORAGEM
1-E1. - Esse texto é sobre autocuidado e o que eu entendi foi que <u>no autocuidado nós devemos cuidar do corpo e da alma. Eu percebo que falta mais autocuidado em si próprio porque às vezes a gente não se valoriza</u> a gente tem que ter mais cuidado na mente e no corpo.	(1ª Ideia) Autocuidado como algo integral. A (2ª Ideia) Ideia de autocuidado como valorização. B	Definição de autocuidado e suas variações. A
2-E2. - <u>Autocuidado é tudo aquilo de positivo que a gente faz pra se sentir bem.</u> E o principal, autocuidado <u>é uma prática do dia a dia, não precisa ser nada extraordinário.</u>	(1ª Ideia) Algo positivo que nos faça bem. A (2ª Ideia) Algo cotidiano. A	Definição de autocuidado e suas variações. A
3-E3 – Eu entendo bem parecido com o que a colega falou. A gente tem diferentes tipos, <u>tem o cuidado psicológico, se conhecer melhor, ficar bem consigo mesmo.</u> como também interagir com as pessoas que nos querem bem. <u>E tem também o autocuidado emocional.</u> Tem exemplo de <u>autocuidado psicológico que escrevemos diário, permitimos que os outros conheçam diferentes aspectos da gente</u> e também na <u>parte emocional é importante passar tempo com quem você gosta, manter contato com pessoas importantes na sua vida,</u> amar a si próprio.	(1ª Ideia) Cuidado Psicológico como autoconhecimento. A (2ª Ideia) Autocuidado Emocional como cuidado das relações. A	Definição de autocuidado e suas variações. A
4-E4. - Nós lemos sobre	(1ª Ideia) Definições	Definição de

autocuidado físico, na comunidade, local de trabalho, escola e o espiritual. <u>O autocuidado físico é importante para estarmos bem com o nosso corpo e o autocuidado espiritual é importante para que as pessoas encontrem um propósito. E o autocuidado nos ajuda a ter e manter um relacionamento saudável com o colega, familiares e no ambiente em que frequentamos.</u>	de autocuidado físico, na comunidade e espiritual. A	autocuidado e suas variações. A
5 - E5. - E tem atividades que <u>podem melhorar nossa saúde como hobbies, pratica de esporte, desenhar, jogar e tudo isso</u> contribui pra saúde mental.	Atividades que contribuem para melhorias, da qualidade de vida B	
6 - E6 – <u>Existe muito preconceito</u> com relação à saúde mental. <u>Ela está em atitudes do dia a dia que a gente precisa desenvolver</u> pra conseguir <u>viver melhor em sociedade, viver melhor as nossas relações.</u>	Ações do dia a dia para desenvolver autocuidado. B	
7 -E7. - <u>Quando não estou me sentindo muito bem. Vou pescar. Vou jogar bola.</u>	(1ª Ideia) Exemplos de práticas de Autocuidado B	

ANCORAGEM - AUTOCUIDADO

AGRUPAMENTO A – Definição de autocuidado	Autocuidado como algo integral; Algo positivo que nos faça bem; Algo cotidiano; Cuidado Psicológico como autoconhecimento; Autocuidado Emocional como cuidado das relações; Definições de autocuidado físico, na comunidade e espiritual.
AGRUPAMENTO B – Exemplo de práticas de Autocuidado	Ideia de autocuidado como valorização; Exemplos de Autocuidado; Ações do dia a dia para desenvolver; Atividades que contribuem para melhorias.

APÊNDICE O - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 4, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES RELACIONADOS A SAÚDE MENTAL E AGRUPAMENTO DE IDEIAS.

SAÚDE MENTAL IAD 1	
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL
1-E.1 - <i>É a nossa saúde psicológica que não deixa de ser menos importante do que a física, pois nossas ações surgem principalmente no nosso psicológico para depois serem postas em prática:)</i>	(1ª Ideia) Saúde mental é tão importante quanto física. A (2ª Ideia) Pensamento formado no psicológico primeiro. B
2- E. 2 - <i>Saúde mental é saber cuidar do nosso emocional!</i>	(1ª Ideia) Saúde mental equivalente a cuidado com emocional. A
3 – E.3 - <i>Saúde mental está bem consigo mesmo</i>	(1ª Ideia) Saúde mental como aceitação. A
4 – E.4 - <i>Saúde mental é tudo. É maior que o cuidado com o corpo, porque está tudo conectado.</i>	(1ª Ideia) Saúde Mental como algo integrado. A
5 – E.5 - <i>É estar bem consigo próprio.</i>	(1ª Ideia) Saúde Mental como aceitação. A
6- E.6 - <i>Bem-estar emocional e psicológico. De uma forma completa.</i>	(1ª Ideia) Saúde Mental como algo integrado. A
7 – E.7 - <i>Saúde mental é tudo além de transtornos mentais, é todo nosso emocional e todas as coisas q o envolvem.</i>	(1ª Ideia) Saúde mental para além dos transtornos mentais. A (2ª Ideia) Saúde mental algo integrado. A
8 – E.8 - <i>Estar bem consigo mesmo e com os outros, e saber lidar com minhas emoções.</i>	(1ª Ideia) Saúde mental como aceitação. A (2 Ideia) Lidar com emoções. A
9 – E.9 - <i>Estar bem consigo mesmo, tanto físico como mental</i>	(1ª Ideia) Aceitação de si mesmo. A (2ª Ideia) Saúde mental como algo integrado. A
10 – E.10 - <i>É aquilo que define nosso bem-estar.</i>	(1ª Ideia) Saúde mental como algo integrado. A

IDEIAS CENTRAIS - SAÚDE MENTAL	
AGRUPAMENTO A – Saúde Mental vista como algo integrado e multifatorial.	Saúde mental é tão importante quanto física; Saúde Mental como algo integrado; Saúde mental para além dos transtornos mentais; Lidar com emoções; Aceitação de si mesmo.

APÊNDICE P - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 4 COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES SOBRE A TEMÁTICA; AUTOCUIDADO E SEU AGRUPAMENTO DE IDEIAS.

ENCONTRO 4	
AUTOCUIDADO – O QUE É? IAD 1	
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL
1-E.1 - <i>Cuidar de si e promover melhor qualidade de vida para si mesmo. Eu gosto muito de ficar com amigos, e se cuidar em conjunto...</i>	(1ª Ideia) Definição de autocuidado. A (2ª Ideia) Formas de autocuidado. C
2- E. 2 - <i>É cuidar do nosso físico, emocional, social e espiritual.</i>	(1ª Ideia) Definição de autocuidado. A
3 – E.3 - <i>Fazer coisas que vc gosta, que faça vc se sentir bem. E acho que cada um tem um jeito diferente de fazer isso. Não tem como padronizar.</i>	(1ª Ideia) Definição de autocuidado. A (2ª Ideia) Autocuidado como algo singular. B
4 – E.4 - <i>Fazer coisas que vc se sente bem, sabe. Acho que a gente as vezes pensa que algo grande, mas não precisa ser. Pode ser simples, mas é bem individual.</i>	(1ª Ideia) Definição de autocuidado. A (2ª Ideia) Autocuidado como algo singular e cotidiano. B
5 – E.5 - <i>Eu entendi que autocuidado é algo que a gente faz que faz bem pra gente e que isso é de cada pessoas, não tem como a gente dizer o que o outro tem que fazer. Tem que ser bom pra ele e as vezes o que pra ele é muito bom eu posso não gostar e ta tudo certo.</i>	(1ª Ideia) Definição de autocuidado. A (2ª Ideia) Autocuidado como algo singular e cotidiano. B

IDEIAS CENTRAIS - AUTOIMAGEM	
AGRUPAMENTO A- Definição de autocuidado.	Definição de autocuidado
AGRUPAMENTO B- Autocuidado como algo singular e cotidiano.	Autocuidado como algo singular; Autocuidado como algo singular e cotidiano

APÊNDICE Q - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 4, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES RELACIONADO A FORMAS DE AUTOCUIDADO.

ENCONTRO 4	
COMO EU ME CUIDO? IAD 1	
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL
1-E.1 - Eu <i>me cuido quando escrevo o que estou sentindo.</i>	1ª Ideia) Formas de autocuidado
2- E. 2 - <i>Jogo basquete</i>	1ª Ideia) Formas de autocuidado
3 – E.3 - <i>Ouvir Música, me faz bem, acho que é uma forma de autocuidado.</i>	1ª Ideia) Formas de autocuidado
4 – E.4 - <i>Ficar um tempo sozinha, desenhar, escutar música, conversa com meus amigos.</i>	1ª Ideia) Formas de autocuidado
5 – E.5 - <i>Dormir</i> eu acho importante. A rotina é acelerada e <i>descansar eu acho que é cuidado</i> que precisamos ter com a gente.	1ª Ideia) Formas de autocuidado
6- E.6 - Cuidar de mim (<i>skincare, cabelo, pintar as unhas, estudar.</i>)	1ª Ideia) Formas de autocuidado
7 – E.7 - <i>Conversar com alguém,</i> falar o que a gente ta sentindo. Quando a gente fala as coisas melhoram dentro da gente. Acho que pode ser com um psicólogo, mas também com um amigo.	1ª Ideia) Formas de autocuidado
8 – E.8 - <i>Se ocupar com alguma coisa divertida. Que te deixe feliz e animado.</i>	1ª Ideia) Formas de autocuidado
9 – E.9 - Ver soluções para <i>tentar se distrair.</i>	1ª Ideia) Formas de autocuidado

APÊNDICE R - CONSTRUÇÃO DAS IDEIAS CENTRAIS E ANCORAGENS DO ENCONTRO 5, COM BASE NAS EXPRESSÕES CHAVES RELACIONADO AVALIAÇÃO.

AVALIAÇÕES E SUGESTÕES IAD 1		
EXPRESSÕES – CHAVE	IDÉIA CENTRAL	ANCORAGEM
1-E1.-Foram momentos que <i>eu mais me senti acolhida depois de muito tempo. Amei muito todas as rodas de conversa tanto as online como as pessoalmente. Obrigada por tudo. Inclusive pelos chocolates.</i>	(1ª Ideia) Sensação de acolhimento. A (2ª Ideia) Satisfação com todos os encontros. A (3ª Ideia) Importância do chocolate. A	
2- E2. – <i>Achei muito útil</i> obrigado por fazer parte dessa experiência, amei <i>o chocolate da tia.</i> Queria que os <i>encontros fossem até o fim do ano.</i>	(1ª Ideia) Achou o encontro útil. A (2ª Ideia) Importância do chocolate. A (3ª Ideia) Solicitação de continuidade. A	
3- E3. - <i>Foi ótimo, obrigado</i> pelos chocolates <i>amei a experiência.</i> Você é muito simpática então o encontro <i>fica muito bom e interativo.</i>	(1ª Ideia) Satisfação com relação aos encontros. A	
4- E4. - <i>Foi bom e divertido e os encontros foram excelentes.</i>	(1ª Ideia) Satisfação com relação aos encontros. A	
5- E5. - <i>Foi top. Só vai restar saudades. Um ótimo encontro.</i> Gostei muito de você, tia.	(1ª Ideia) Satisfação com relação aos encontros. A	
6- E6. - <i>Momentos incríveis</i> com vocês, adorei. Obrigada pela terapia, tia Linda. Que acertou meu nome. E por ocupar o horário das nossas aulas. <i>Gostei muito dos encontros.</i>	(1ª Ideia) Satisfação com relação aos encontros. A (2ª Ideia) Importância do chocolate. A	

Obrigada pelos encontros e pelos bis.		
7- E7. - Gostei muito dos nossos encontros, foi muito bom. Foi maravilhoso tia, você é a melhor. Gratidão por todos esses momentos.	(1ª Ideia) Satisfação com relação aos encontros. A	
8-E8. - Foi legal. Foram alegres e de muito aprendizado. Enriquecedor.	(1ª Ideia) Satisfação com relação aos encontros. A	

**ANEXO A - FORMULÁRIO PARA GERAÇÃO DO CÓDIGO DE ACESSO
SIGILOSO**

1) Nome

2) Último Sobrenome

3) Nascimento (dd/mm/aaaa)

4) Nome da mãe

5) Nome do Pai

6) Nome da avó materna

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IMPULSIVIDADE, AUTODANO E IDEAÇÃO SUICÍDA - QIAIS-A

(Castilho P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012)

Este questionário destina-se a avaliar comportamentos impulsivos, de autodano e pensamentos suicidas.

De seguida vais encontrar algumas afirmações que mostram como os adolescentes por vezes se sentem. Por favor, lê cada frase com atenção e marca a resposta que melhor se adapta a ti. Não existem respostas certas ou erradas.

Nunca acontece comigo	Acontece-me algumas vezes	Acontece-me muitas vezes	Acontece-me sempre
0	1	2	3

A. Impulso

	0	1	2	3
1. Faço coisas sem pensar nas consequências.				
2. Os outros dizem que ando “a mil há hora”.				
3. Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.				
4. Perco a paciência muitas vezes.				
5. Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.				
6. Termino as tarefas que começo.				
7. É difícil para mim controlar as emoções.				
8. Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.				
9. Gosto de planejar o que faço com tempo.				
10. Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.				
11. Para mim é difícil ficar quieto.				

12. Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex: álcool, comida, jogo).				
13. Sou cuidadoso (a).				
14. Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.				
15. É fácil concentrar-me.				
16. É difícil esperar numa fila.				

B. Auto-dano

	0	1	2	3
1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito .				
2. Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).				
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito .				
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objectos de propósito . (almofada, por exemplo).				
5. Corto certas partes do meu corpo de propósito . (com lâminas, tesouras, facas, x-acto, etc.).				
6. Queimo certas partes				

do meu corpo de propósito. (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).				
7. Espeto agulhas ou objectos semelhantes no meu corpo de propósito.				
8. Engulo e/ou introduzo objectos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.				

	0	1	2	3
9. Abuso excessivamente de álcool.				
10. Abuso excessivamente de drogas leves.				
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar “dopado”).				
12. Abuso de laxantes.				
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).				
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem protecção, etc.).				

Outros comportamentos _____

Se **respondeste 0** a todas as questões anteriores passa para a **pergunta D** (ideação suicida). Se tens alguma **resposta com 1 ou mais continua por favor.** Esta parte do questionário destina-se a compreender melhor o comportamento de auto-agressão sem intenção suicida. Vais encontrar algumas afirmações que podem mostrar a utilidade que este comportamento tem para ti.

C. Funções

	Sim	Não
1.Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido .		
2.Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.		
3.Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.		
4.Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.		
5.Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria) .		
6.Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.		
7.Magoo-me para me sentir menos inferior.		
8.Quando me magoo procuro castigar-me .		
9.Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.		
10.Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto .		
11.Magoar-me ajuda-me a auto-controlar.		
12.Magoar-me ajuda-me a acalmar.		
13.Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.		
14.Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).		
15.Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.		
16.Magoo-me para chamar a atenção dos outros.		
17.Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.		
18.Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas .		
19.Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.		
20.Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.		
21.Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.		
22.Magoo-me para me vingar dos outros.		
23.Magoo-me para não magoar os outros.		
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.		
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.		

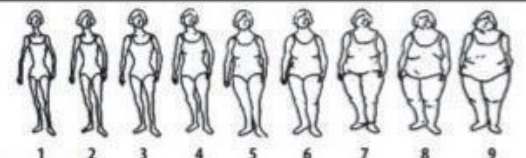
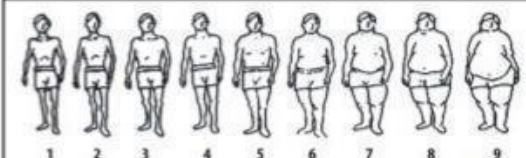
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.		
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.		
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.		
29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.		
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.		
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer .		

D. Ideação Suicida

Nunca acontece comigo	Acontece-me algumas vezes	Acontece-me muitas vezes	Acontece-me sempre
0	1	2	3

	0	1	2	3
1. Já houve vezes em que pensei que me queria matar.				
2.Já houve vezes em que penso que não tenho futuro nem saída.				
3. Já houve vezes em que gostaria de desaparecer.				

ANEXO C – ESCALA DE SILHUETA DE STUNKARD

a) Qual dessas figuras melhor representa seu corpo?										☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	
b) Qual desses corpos você gostaria de ter?										☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 MENINAS										 1 2 3 4 5 6 7 8 9 MENINOS									