



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARIA ANDRELINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA GONÇALVES

**SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESIONAM:
Contribuições da fenomenologia**

Boa Vista-RR

2019

MARIA ANDRELINA DO NASCIMENTO OIVEIRA GONÇALVES

**SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESIONAM:
Contribuições da fenomenologia**

Dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Na área de Concentração: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

BOA VISTA, RR

2019

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

G635s Gonçalves, Maria Andrelina do Nascimento Oliveira.

Saúde mental de adolescentes que se autolesionam : contribuições da fenomenologia / Maria Andrelina do Nascimento Oliveira Gonçalves. – Boa Vista, 2019.

135 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA.

1 - Autolesão. 2 - Adolescente. 3 - Comunidade. 4 - Fenomenologia. 5 - Saúde. I - Título. II - Espíndula, Joelma Ana Gutiérrez (orientadora).

CDU - 613.96

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista:
Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESIONAM: CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Joelma Ana Gutiérrez Espíndula (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UFRR

Prof.^a Dr.^a Nilza Pereira de Araújo (Examinadora Titular Interna)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – UFRR

Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro (Examinador Titular Externo)
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFAM

Às pessoas no processo de adolescer...

AGRADECIMENTOS

À Deus por me oferecer apoio e me carregar nos braços nos momentos difíceis da minha vida, principalmente, na reta final dessa dissertação.

À minha querida orientadora, Professora Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, por todas as horas dedicadas a mim e ao meu trabalho, por compreender as dificuldades que passei durante essa trajetória e ser sempre empática e acolhedora. A ela todo respeito e admiração.

À professora Dra. Nilza Araújo por fazer parte da minha trajetória acadêmica e profissional, partilhando do meu amadurecimento pessoal e profissional e aceitar fazer parte das contribuições desse trabalho.

Ao professor Dr. Ewerton Castro que aceitou compor a banca de defesa e contribuir com seu olhar artista sobre a construção deste trabalho.

Aos professores, Dr. Calvino Camargo e Dra. Fernanda Ax, que aceitaram compor a banca desta dissertação como suplentes.

Ao programa PROCISA, com os auxílios oferecidos por Núbia e professora Dra. Fabíola, e todo o suporte e aprendizado a mim oferecido durante a trajetória de formação.

À minha família por acreditar em mim, mesmo nos momentos que pensei que não seria capaz de seguir. Ao meu esposo, Renato, que conseguiu compreender minhas ausências por ter que me dedicar à leitura e escrita e ser o amor da minha vida.

Ao amor incondicional da minha vida, minha filha Helena que mesmo ainda bebê compreendeu minhas faltas. À minha mãe, Cleangela, por ser minha base e minha irmã, Rosangela, me estar ao meu lado e me auxiliar nos cuidados com Helena.

À minha sogra, dona Rogéria, que me acompanhou durante toda a caminhada desse mestrado, me incentivou, acolheu e ofereceu todo apoio que alguém precisaria ter para correr atrás dos sonhos desejados e por ser minha segunda mãe.

Aos meus irmãos, Andrelene e Carlos André que sempre me apoiam e ao meu pai, Raimundo, que mesmo longe me acompanha nas minhas lutas.

Aos meus amigos que são bênçãos em minha vida e que proporcionam as melhores experiências da minha vida. Aos amigos que fiz na infância e que me acompanham até hoje, Francisca.

Aos amigos, Erlândio, Luana Rios, Franceane e Márcia que fiz ainda no decorrer do percurso acadêmico e que tenho orgulho de hoje ainda fazerem parte da vida de cada um deles e eles da minha.

Aos amigos, Paola, Daniele, Keila, Thiago, Rodrigo, Soledade e Andreia, do PROCISA que vivenciaram comigo todo esse percurso de autodescoberta.

Aos meus colegas de trabalho, Mirian, Marcos, Ana Patrícia, Prof.Ewerton, Prof Ana Maria e M^a José que compartilharam das minhas inquietações que me direcionaram a esta pesquisa.

Às escolas do estudo que me receberam e me cederam seus tempos preciosos.

E a todos os adolescentes que fizeram parte deste estudo e a todos os que não puderam fazer parte, mas vivenciam as mesmas angústias. Espero poder com os resultados encontrados, contribuir para a diminuição da vivência desse sofrimento.

CLARISSE

E Clarisse está trancada no banheiro, e faz marcas no seu corpo com seu pequeno canivete deitada no canto, seus tornozelos sangram e a dor é menor do que parece, quando ela se corta ela se esquece, que é impossível ter da vida calma e força. Viver em dor, o que ninguém entende. Tentar ser forte a todo e cada amanhecer [...] Clarisse só tem 14 anos [...] (Renato Russo).

RESUMO

Este estudo objetivou identificar e analisar as vivências psicológicas de adolescentes, em idade escolar, que se autolesionavam no município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima, e como as redes de apoio desses adolescentes se articulavam. O estudo se baseia na fenomenologia de Edmund Husserl e Edith Stein e na lacuna existente entre teoria e prática de autolesão em adolescentes. Para alcançar o objetivo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e de campo. Na pesquisa de campo, realizou-se uma entrevista fenomenológica com seis adolescentes de duas escolas, com idades entre 13 e 16 anos, de ambos os sexos. Utilizou-se o método fenomenológico ao qual alcançou-se as Unidades de Significados comuns a todos os adolescentes (invariantes), como *“Meu corpo marcado: buscando aliviar a vivência sofrimento subjetivo”*; *“Vivendo entre o “normal” e o patológico”*; *“Vivências de conflitos nas relações intersubjetivas dos adolescentes que se autolesionam”*, *“Expressões de sentimentos e emoções ligados ao ato de machucar-se”*, *“Expressões de sentimentos e emoções ligados ao ato de machucar-se” e as particulares a eles (variantes) como, “A existência da rede de apoio psicossocial”, “A relação com a ajuda profissional”*. Deste modo, os resultados encontrados permitiram compreender que os adolescentes utilizavam o corpo para expressarem a vivência de sofrimento psíquico, a dimensão corpórea, desencadeados por intensos conflitos nas relações intersubjetivas vividas em comunidade. Percebeu-se também a dificuldade deles na construção de estratégias de resolução desses conflitos, levando-os a não conseguirem expressar seus sentimentos e emoções vitais, isolando-se socialmente. Os resultados evidenciaram que a autolesão, por ser realizada de forma individual e privada, possibilitou ao adolescente uma dupla vivência: quando apoiado por sua rede de apoio, família e comunidade, o adolescente aproximou-se da resignificação da atitude direcionando a sua força vital para não continuidade e a aceitação da ajuda profissional, nos casos necessários, por meio da intersubjetividade. Enquanto que na ausência desse suporte, direcionou-o à continuidade e agravamento dos sentimentos vitais, de dor, angústia e tristeza. Conclui-se que compreender e acolher a vivência do adolescente diante de uma experiência carregada de angústia e de sofrimento, ao ponto de direcioná-lo à decisão de machucar-se, só foi possível devido às contribuições de Stein quanto à formação da pessoa em comunidade. Buscando entender a complexidade do fenômeno por meios da singularidade, autenticidade e intersubjetividade desses adolescentes, este estudo contribuiu para auxiliar o entendimento das famílias, escolas e sociedade sobre a motivação para autolesão, o que sentem e como lidam com isso, a partir da vivência e não da patologia. Assim sendo, possibilitamos que esses espaços comunitários repensem as suas posturas acerca da identificação e do acolhimento do adolescente em sofrimento emocional, bem como a criação e execução de políticas públicas e as ações de orientação e de prevenção no contexto escolar.

Palavras-chave: Autolesão. Adolescente. Comunidade. Fenomenologia. Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyze the psychological experiences of school-age adolescents who were self-monitoring in the city of Boa Vista, capital of the state of Roraima, and how these adolescent support networks were articulated. The study is based on the phenomenology of Edmund Husserl and Edith Stein. To achieve these objectives, a bibliographic and qualitative field research was performed. In the field research, a phenomenological interview was conducted with six adolescents from two schools, aged 13 to 16 years, of both sexes. Anchored in the phenomenological method the analyzes corroborated the Units of Meanings common to all adolescents (invariants), as “My body marked: Seeking to alleviate the experience of subjective suffering”, “Living between the “normal” and the pathological”, “Experiencing conflicts in the intersubjective relationships of self-injured adolescents”, “Expressions of feelings and emotions linked to the act of hurting if”, “Expressions of feelings and emotions linked to the act of hurting oneself” and particulars to them (variants) such as, “The existence of the psychosocial support network”, “The relationship with professional help”. Thus, the results found allowed us to understand that adolescents used the body to express the experience of psychic suffering, corporeal dimension, triggered by intense conflicts in intersubjective relationships lived in community. It was also noticed the difficulty in building strategies for resolving these conflicts, leading them to not be able to express their vital feelings and emotions, isolating themselves socially. The results showed that the self-injury, being performed individually and privately, allowed the adolescent a double experience: when supported by his support network, family and community, the adolescent approached the resignification of the attitude directing his life force to non-continuity and acceptance of professional help, where necessary, through intersubjectivity. While in the absence of this support, it directed him to the continuity and aggravation of vital feelings of pain, anguish and sadness. It is concluded that understanding and welcoming the adolescent’s experience in the face of an experience loaded with anguish and suffering, to the point of directing him to the decision to hurt himself, was only possible due to Stein’s contributions regarding the formation of the person in community. Seeking to understand the complexity of the phenomenon through the uniqueness, authenticity and intersubjectivity of these adolescents, this study helped to understand the families, schools and society about the motivation for self-injury, what they feel and how they deal with it, based on their experience not pathology. Thus, we enable these community spaces to rethink their attitudes about identifying and embracing the adolescent in emotional distress, as well as rethinking public policies and guidance and prevention actions in the school context.

Keywords: Self-injury, adolescent, phenomenology, health, community.

LISTA DE SIGLAS

BDTD – Banco Nacional de Teses e Dissertações

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DSM-5 – Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PROCISA – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

PSE – Programa Saúde a Escola

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAP – Serviço de Atendimento de Psicológico

SUS – Sistema Único de Saúde.

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese da revisão de artigos científicos.....	50
Quadro 2 – Síntese de teses e dissertação.....	51
Quadro 3 – Esquema sobre a formação da pessoa.....	62
Quadro 4 – Critérios de elegibilidade.....	66
Quadro 5 – Caracterizando os participantes.....	67
Quadro 6 – Síntese das Unidades de Significado (Eixos Temáticos).....	77
Quadro 7 – Síntese das estruturas intencionais.....	108

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 QUESTÕES NORTEADORAS	18
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1 ADOLESCÊNCIA E A AUTOLESÃO	19
4.1.1 Autolesão: Construção do Conceito	19
4.1.2 Adolescência e adolecer: Especificidade do desenvolvimento humano	22
4.1.3 Pesquisas sobre adolescência, fenomenologia e comunidade: Família, escola e amigos	27
4.2 O PAPEL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE	30
4.2.1 Saúde mental e as redes de apoio	30
4.2.3 Políticas de promoção e prevenção de saúde mental para adolescentes	34
4.3 PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA	37
5 METODOLOGIA	40
5.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	41
5.1.1 Algumas contribuições da Fenomenologia de Husserl e Stein à Psicologia	41
5.1.2 Aplicação do Método Fenomenológico-Empírico de Pesquisa qualitativa em Psicologia	47
5.2 MATERIAIS E MÉTODO	50
5.2.1 REVISÃO DE LITERATURA: PESQUISAS SOBRE AUTOLESÃO E ADOLESCENTES	50
5.2.1.1 Autolesão na adolescência	50
5.2.2 Colaboradores da pesquisa	63
5.2.3 Aspectos éticos	65
5.2.4 Contexto da Pesquisa	65
5.2.5 Procedimentos de Coleta de dados	66
6 RESULTADOS OBTIDOS, DESCRIÇÃO E SÍNTESE DOS SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS ADOLESCENTES	69
6.1 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO	70

7 ANÁLISE PSICOLÓGICO-FENOMENOLÓGICA DA EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESIONAM	105
7.1 TENTAR SER FORTE A TODO E A CADA AMANHECER: ASPECTOS DE CAUSALIDADE PSÍQUICA E MOTIVAÇÃO	105
7.2 VOAR PELO CAMINHO: ATOS LIVRES E IMPULSOS.....	109
7.3 VIVER EM DOR, O QUE NINGUÉM ENTENDE: VIVÊNCIAS COMUNITÁRIAS	111
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICES	125
ANEXOS	130

1 INTRODUÇÃO

A autoagressão é considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde por requer ações de promoção e de intervenção no âmbito da família e da escola, além de ações focadas para o adolescente em si. De acordo com o documento oficial utilizado como base, o Relatório *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation* da OMS (2017), cujo objetivo foi acompanhar ações, políticas e epidemiologia de dados acerca do público adolescente no mundo. O relatório apontou que suicídio e morte por autoagressão foram a terceira causa de morte entre adolescentes em 2015, resultando em cerca de 67 mil óbitos.

A autoagressão ocorre em grande parte entre os adolescentes mais velhos e globalmente é a segunda principal causa de morte para as adolescentes mais velhas. É a segunda causa de morte entre adolescentes na Europa e no Sudeste Asiático. No entanto, deve-se destacar que muitas vezes pelo fato de o autolesionado não chegar ao auxílio médico, pouco se notificam casos como dados oficiais. Nos relatórios, o termo lesão autoprovocada se direciona a uma classe de atos, que vão desde suicídio consumado, tentativas e autolesão (OMS, 2016).

No Brasil, a autolesão já se apresenta como um problema complexo de saúde pública. Tal assunto tem aparecido com frequência nos meios de comunicação, principalmente nos últimos anos, os quais apontam crescimento nas subnotificações. Os principais meios de comunicação, como jornais e revistas já veiculam reportagens acerca desses casos, fato verificado desde o início desta pesquisa até os dias atuais. Recentemente passou-se a veicular nesses canais a notícia da criação de uma lei sobre a automutilação em adolescentes.

A Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019 instituiu a criação de uma Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio em âmbito nacional. Estabelece diretrizes e objetivos de ações de prevenção, intervenção e orientação que devam ser criados e implementados no âmbito dos municípios, Estados e Distrito Federal, bem como a exigência de notificação compulsória dos casos identificados aos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2019).

Este estudo caracteriza-se como qualitativo sob o enfoque teórico fenomenológico. A escolha do método se deu devido ao contato da pesquisadora,

ainda durante a formação profissional em Psicologia na graduação, com as bases epistemológicas de Husserl, quanto ao cuidado da pessoa na dimensão da totalidade, partindo-se do retorno às coisas mesmas para se compreender os fenômenos vividos. Tal aproximação ocorreu a partir da experiência vivida durante as disciplinas de “Teorias e técnicas psicoterápicas fenomenológica e existencial” e o “Estágio em Psicologia clínica e saúde”, no Curso de Psicologia da Universidade Federal de Roraima, ambos sob a supervisão da professora doutora Joelma Ana Gutiérrez Espíndula, cuja formação se baseia sob às contribuições da fenomenologia.

Durante o estágio obrigatório, que ocorreu em dois momentos, houve atendimentos psicológicos pela psicóloga e pesquisadora junto ao Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Roraima (SAP/UFRR) e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sob um convênio realizado entre escolas próximas à unidade e o estágio. Durante os atendimentos foi possível – por meio de uma atitude fenomenológica – acolher algumas pessoas a compreenderem os seus fenômenos vividos, a partir das contribuições teóricas. No contato dessa Unidade de saúde com a comunidade escolar, naquele momento, percebeu-se que havia um número significativo de adolescentes que eram levados ao serviço psicológico da rede psicossocial (RAPS), assim como o SAP/UFRR pelos familiares, sob a queixa de que esses adolescentes apresentavam autolesões.

Tal inquietação acompanhou a pesquisadora na sua inserção no mercado de trabalho, já que a mesma atua junto a uma escola de educação básica. Ao se trabalhar mais de perto em uma escola foi possível perceber que a Psicologia pode contribuir para melhorar a vivência da adolescência, no entanto, para isso, faz-se necessário compreender não o motivo desse fenômeno, mas buscar compreender como esses adolescentes significam esse fenômeno e identificar os seus possíveis suportes, de modo que a fenomenologia propicie específico olhar diferenciado sob o sentido do humano.

Logo, diante do estágio e da atuação profissional, surgiram algumas inquietações, como, por exemplo: “como o adolescente com comportamento de autolesão atribui sentido a esse fenômeno no contexto escolar?”; “Como os elementos de suporte psicossocial influenciam o adolescente que se autolesiona?”; “Quem são os adolescentes e como eles têm lidado com esse fenômeno?” Essas questões precisavam de maior aprofundamento para que se pudesse haver maior compreensão

e pensar possibilidades de auxiliar adolescentes, escola e família a lidar melhor com o fenômeno da autolesão.

Deste modo, esta pesquisa buscará proporcionar maior compreensão acerca do fenômeno da autolesão em adolescentes, já que a autolesão se apresenta como uma crescente recorrência, principalmente, no público adolescente, e um problema social que tem despertado interesse de pesquisadores no âmbito mundial e no Brasil.

A adolescência é, por si só, considerada como um período de turbulência e de diversas transformações. Com isso, destaca-se com maior vulnerabilidade a influência de conflitos internos e externos, no entanto, isso não significa que esse seja um período marcado apenas por aspectos negativos, mas por busca de uma identidade. De acordo com Eric Erikson, essa etapa do desenvolvimento humano é marcada por um conflito natural que demarca uma etapa muito significativa na vida do homem conhecido como confusão de papéis *versus* identidade. A dualidade do conflito reflete-se em todos os âmbitos da vida do adolescente, familiar, escolar, social e emocional, de modo que a resolução ocorre quando se alcança uma identidade individual com grandes mudanças no aspecto biopsicossocial (PAPALIA; FELDMAN, 2013; FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

A adolescência apresenta uma transição entre a vida infantil e o mundo adulto, de modo que é comum que esses jovens apresentem maior interesse nas relações entre seus pares do que em suas famílias. É comum também que o adolescente vivencie uma vulnerabilidade emocional diante da confusão de papéis oriunda da crise de identidade, tal peculiaridade tem sido foco de estudos científicos (BERGER, 2003).

Os estudos recentes sobre adolescentes têm direcionado suas atenções para aspectos diversos dessa etapa do desenvolvimento, dentre eles o aspecto da violência, seja a violência recebida por eles ou a autoinfringida como se observa nos relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS (2002) caracteriza diversos tipos de violência, dentre eles a violência que é praticada contra si mesmo ou autoagressão. Nesse grupo, encontram-se o comportamento suicida, que envolve a tentativa e a ideação suicida, autolesões deliberadas e auto abuso, incluindo atos de autolesão.

No Brasil, ainda é incipiente o interesse de pesquisadores acerca do fenômeno da autolesão, principalmente, em relação ao público adolescente. No entanto, diante do aumento das manifestações pelos meios de comunicação, como revistas e jornais eletrônicos e mídia social, como exemplos temos uol.com, folha de São Paulo web, Estadão web, dentre outros, sobre adolescentes que se cortam. Tal afirmação pauta-

se no breve levantamento bibliográfico que foi realizado por meio de palavras-chave “autolesão” e “adolescentes”, nas principais bases de dados de trabalhos científicos (Lilacs, Scielo, Portal de periódicos da Capes e Base de dados teses e dissertações (BDTD). O resultado do levantamento demonstrou que não há, no Brasil, estudos oficiais e nem científicos sobre epidemiologia desse tipo de comportamento e os que existem direcionam o olhar para aspectos psicopatológicos e análise de conteúdo veiculado nas redes sociais por praticantes. No entanto, não houve registros de pesquisas acerca de como a pessoa vivencia a autolesão.

A relevância científica desse estudo pauta-se sobre a possibilidade de contribuir para a ampliação de estudos científicos sobre o fenômeno da autolesão, como base para que se possam pensar em políticas públicas que auxiliem a promoção de saúde mental para adolescentes e na formação de profissionais em saúde mental. Pode também influir sobre a prática cotidiana de profissionais de saúde e educadores, além de familiares, sobre como lidar com adolescentes que já mantêm tal conduta, pois ao se buscar compreender a essência do fenômeno é possível clarear o que leva a sua manutenção e como se pode pensar as estratégias de ajuda. Por fim, pode se acrescentar como relevante que esse estudo, juntamente com as pesquisas que existem, pode auxiliar a sociedade a compreender esses adolescentes e a minimizar a estigmatização e a segregação deles.

A autolesão é um comportamento no qual sua motivação apresenta uma forte tensão emocional, no qual se busca, com o ato, uma tentativa de alívio imediato de sua angústia e da dor emocional. Há maior incidência na adolescência devido às próprias características conflitantes dessa fase do desenvolvimento humano (PAPALIA; FELDMAN, 2013; ROCHA, 2015).

Os contextos em que esse adolescente se encontra inserido pode potencializar ou não os conflitos. A família e a escola são importantes nessas transformações, pois podem se tornar fatores de risco e de proteção para o surgimento de comportamentos de riscos. No caso de adolescentes que se autolesionam, os estudos mostram que na maioria há desestrutura familiar, negligência de cuidado e conflitos intrafamiliar (ARMOND et. al., 2013; GUERREIRO; SAMPAIO, 2013; GUERREIRO; SAMPAIO; FIGUEIRA, 2014).

Logo, esta pesquisa não visa esgotar o tema, mas incitar novos olhares, questionamentos e reflexões quanto a este fenômeno tão crescente em nossa sociedade contemporânea. Visa também novos estudos científicos, ações e

intervenções nos serviços de saúde e educação, e, sobretudo, políticas públicas que evidenciem infraestrutura e recursos humanos capacitados para receber este público.

Por fim, nas próximas páginas deste trabalho encontra-se o apanhado teórico-metodológico que sustentou as inquietações desta pesquisadora acerca do fenômeno investigado.

A dissertação se apresenta dividida por dois referenciais teóricos, materiais e métodos, resultados, discussões e considerações finais. Quanto aos referenciais eles dividem-se em referencial teórico epistemológico, no qual constam os principais conceitos que embasaram a compreensão sobre o adolescente e a autolesão. Nele encontram-se organizados os capítulos que discutem sobre os conceitos de autolesão, especificidades do desenvolvimento do adolescente, bem como os principais desdobramentos dessa inter-relação, como escola, comunidade, políticas públicas e redes de atenção à saúde mental. Já na segunda parte do referencial consta o referencial teórico metodológico ancorado na fenomenologia e o levantamento bibliográfico realizado.

Finaliza-se a dissertação com as considerações finais sobre o trabalho, apontando as possibilidades de ações com aplicabilidade prática dos resultados aqui apresentados. Concluindo, aponta-se a necessidade percebida de haverem devolutivas no viés preventivo e de orientação às instituições que cederam seus espaços e acolheram o desenvolvimento do estudo, assim como tentar diminuir a lacuna que existe entre a produção científica e as necessidades e problemas cotidianos ligados ao tema.

2 QUESTÕES NORTEADORAS

- Como o adolescente vivencia o fenômeno da autolesão nos ambientes em que convive?
- O que motivou o adolescente a vivenciar a autolesão?
- Como os elementos de suporte psicossocial (família, amigos, religião e outros) influenciam na vida do adolescente que se autolesiona?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e compreender as vivências psicológicas de adolescentes, em idade escolar, que se autolesionam e como estão articuladas suas redes de apoio, caso existam, (família, escola, amigos, comunidade), no município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever quais as principais vivências ligadas à motivação de autolesão;
- Conhecer como os adolescentes significam a rede de apoio psicossocial após a revelação da autolesão praticada por eles;
- Identificar como se dão as vivências comunitárias, família e escola, para esses adolescentes que se autolesionam.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta as principais discussões teóricas desenvolvidas e publicadas a respeito da autolesão em adolescentes, perpassando aspectos conceituais e metodológicos dos estudos encontrados.

4.1 ADOLESCÊNCIA E A AUTOLESÃO

4.1.1 Autolesão: Construção do Conceito

O comportamento de autolesão em adolescentes tem se tornado alvo de interesse de investigação científica na atualidade e de notificação cada vez mais frequente nas mídias brasileiras. No entanto, existe uma certa confusão entre os termos autolesão e automutilação, como foi percebido durante a etapa do levantamento bibliográfico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que comportamento de violência auto infligida, são todas ações de agressão praticadas, como bater-se, morder-se, corta-se, queimar-se, cujo caráter é intencional, podendo ou não haver ideação suicida. A violência autoinfligida é subdividida em comportamento suicida e autoabuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada" em alguns países - e suicídios completados. O autoabuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação (WHO, 2002).

A OMS trouxe, ainda, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde a definição de automutilação, que se caracteriza por tratar-se da destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente. Destaca-se no texto três categorias principais dessa violência, são elas: automutilação grave – inclusive cegar-se e autoamputar dedos, mãos, braços, membros, pés ou genitália. Automutilação estereotipada – tal como bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, cortar os olhos ou a garganta, ou arrancar o cabelo. Automutilação superficial a moderada - como cortar-se, arranhar-se ou queimar a pele, enfiar agulhas na pele ou arrancar os cabelos compulsivamente. Contudo, o relatório afirma que a automutilação envolve

fatores muito diferentes oriundos de comportamento suicida e que devido a isso não foi objeto de estudo especificamente do mesmo.

A automutilação é também definida por Dalgalarrodo (2008) como impulso (ou compulsão) seguido de comportamento de autolesão voluntária, realizado por pacientes que produzem escoriações na pele e nas mucosas, furam os braços com pregos e pedaços de vidro, arrancam os cabelos. A automutilação pode ser leve, moderada ou grave, sendo que as formas mais graves são observadas em pessoas com transtornos psiquiátricos graves e podem ser autoenucleação (extração do próprio olho) e a autoamputação do pênis, que ocorrem em pacientes psicóticos, geralmente esquizofrênicos em estado alucinatório-delirante e indivíduos com psicoses tóxicas, produzidas por alucinógenos.

Já o termo autolesão é utilizado, em alguns estudos na Europa e no Brasil, quando há um comportamento intencional de agressão física direcionada ao próprio corpo com o propósito de aliviar dores emocionais, sem que esse ato tenha intenção consciente de suicídio, além de que não há lesão irreversível de partes do corpo lesionado e sim lesões mais superficiais, tais como arranhões, beliscões, cortes superficiais entre outros. Diferenciando-se da automutilação por obterem como consequência dano irreversível a parte do corpo lesionada, já que na autolesão o ato seria mais superficial e que geralmente não chega aos serviços de saúde, mas pode ser um fator de risco para a ideação e suicídio consumado (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Chaves et. al., (2015) afirmam que a autolesão é o ato de se machucar intencionalmente, de forma, superficial, moderada ou profunda, sem intenção suicida consciente. São atos como, cortar-se (*cutting*), mordidas, beliscões, espancamentos em si próprio, feitos a mão ou com uso de objetos, alegando-se a intenção de aliviar tensões ou sentimentos egodistônicos.

No entanto, mesmo havendo distinção nas denominações utilizadas nos estudos, a maioria não consegue distinguir com clareza o ponto que marque a individualidade de um termo em relação ao outro, resultando no uso de ambos os termos como sinônimos. É o caso de Araújo *et. al.*, (2016) que não distinguem automutilação de autolesão, utilizando os termos como sinônimos em seu estudo.

Ainda se referindo ao conceito da autolesão, é necessário destacar o modo como algumas abordagens compreendem-na. Para os cognitivistas, de acordo com Rocha (2015) o comportamento é entendido como mal adaptativo cujo desejo de autopunição

é frequente, com presença de aprendizagem social ou modelação como preconizado pela teoria de Bandura.

A autora traz ainda a contribuição do olhar da Teoria do Apego de Bowlby para a autolesão em adolescentes. Nessa perspectiva, o comportamento está associado às experiências traumáticas com as figuras basilares responsáveis pelo estabelecimento dos vínculos de afeto na infância. Segundo ela, a ruptura no estabelecimento de vínculos afetivos saudáveis contribui para que na adolescência os jovens sejam menos tolerantes a situações de estresse.

Para a psicanálise quando uma pessoa direciona o comportamento autodestrutivo para si, significa que está sob a pulsão de morte, na qual busca a diminuição da carga psíquica do desprazer, dor, angústia, em favor do alívio imediato proporcionado pelo machucar-se, proporcionando uma desordem do aparelho psíquico (FERREIRA, 2014).

É relevante destacar que o Manual Estatístico de Transtornos Mentais na quinta versão (DSM-5, 2014) trouxe em seu texto a definição do comportamento de autolesão não suicida. No entanto, de acordo com o manual, os critérios foram construídos para que pudessem permitir que os profissionais da área compreendessem melhor essas condições e instrumentem as decisões quanto aos estudos científicos que possam servir de evidências para possível inclusão nas próximas versões do DMS-5. Com isso, no caso da autolesão não suicida o conjunto de critérios diagnósticos previstos pelo DSM-5 (2014) são:

A. No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida). Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte. B. O indivíduo se engaja em comportamento de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas: 1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos. 2. Resolver uma dificuldade interpessoal. 3. Induzir um estado de sentimento positivo. Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles. C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes: 1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão. 2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido que é difícil de controlar. 3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é

praticada. D. O comportamento não é socialmente aprovado (p. ex., *piercing* corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas. E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento. (p. 804-805).

De acordo com o próprio manual a autolesão não suicida inicia-se com mais frequência no começo da adolescência e pode continuar por muitos anos. Para a Organização Mundial da Saúde (2014) no relatório de prevenção ao suicídio, a autolesão pode ou não ter risco de suicídio, o que justifica atenção às pessoas que mantêm esse comportamento e também em ações que possam minimizar esse fenômeno.

Os estudos têm definido a autolesão como um ato de violência autoinfligida voluntária direcionada ao próprio corpo e sem intenção de suicidar-se, muito embora possa vir a causar sérios danos ao corpo e até, mesmo, proporcionar futuras ideações suicidas.

4.1.2 Adolescência e adolescer: Especificidade do desenvolvimento humano

O termo adolescência não possui uma definição única. Podemos encontrar diversas definições acerca da adolescência, que se diferem conforme a perspectiva teórica em que estão inseridas. Por exemplo, do ponto de vista jurídico, no Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a adolescência é o período de vida que ocorre entre os doze e os dezoito anos de idade. Porém, do ponto de vista psicológico e social, não é possível delimitar de forma objetiva a duração desse período. Isso porque não se trata apenas de uma fase cronológica da vida, mas de um fenômeno mais complexo, que aparece como uma construção social contemporânea.

Atualmente, os estudos acerca da adolescência tendem a manter a visão de que essa moratória é uma construção social de nosso tempo, e que os conflitos que podem surgir nesse momento devem ser analisados considerando também o discurso social em que estão inseridos. Erikson entende a crise da adolescência como efeito dos nossos tempos. Para ele, a rapidez das mudanças na modernidade torna problemática a transmissão de uma tradição de pais para filhos adolescentes. Estes devem, portanto se constituir, se inventar, sem referências estáveis. Erikson foi o primeiro a

usar o termo "moratória" para falar da adolescência. Também foi um dos raros a perceber que a crise da adolescência se tornava muito difícil de administrar, já que o mesmo tipo de crise começava a assolar os adultos modernos (CALLIGARIS, 2000).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano em que marca a transição entre a infância e a fase adulta. É caracterizada por diversas alterações em distintos níveis, tanto físico, mental e social, com conseqüente aquisição de características e competências que o capacitem para assumir os deveres do adulto e se integrar na sociedade. É nesta fase que o jovem começa a desenvolver um pensamento mais elaborado, questionando-se sobre si próprio e sobre o que o rodeia (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Berger (2003) afirma que a adolescência deve ser compreendida de modo distinto da puberdade. Para os autores a puberdade é marcada por transformações físicas, na qual possui características mais evidentes da transição da vida infantil para a adulta. No entanto, a adolescência seria evidenciada mais pelas mudanças nos aspectos psicossociais e emocionais, que não seguem, necessariamente, uma cronologia como na puberdade.

Para Kaplan e Sadock (2007) a adolescência é marcada por três períodos, o inicial que ocorre entre os 11 e 14 anos de idade, o intermediário que ocorre entre 14 e 17 anos e o tardio dos 17 aos 20 anos de idade. No entanto, essa delimitação é arbitrária segundo o autor, já que o desenvolvimento não segue uma linearidade, mas é imprescindível frisar que há dois momentos bem determinados na transição de uma pessoa da fase de criança à fase adulta, sejam elas a puberdade e a adolescência em si. Na puberdade ocorrem principalmente as mudanças físicas, com ênfase no desenvolvimento sexual secundário, já a adolescência período destaca-se pela ênfase nas mudanças psicológicas. Para o autor em condições ideais não diferenciação muito marcante de quando ocorrem essas mudanças, na maioria das vezes elas ocorrem sincronizadas ou mesmo simultaneamente.

Assim, é difícil definir estabelecer limites cronológicos precisos para essa etapa do desenvolvimento humano. No entanto, para tentar estabelecer uma melhor organização, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que a adolescência se refere ao período dos 10 aos 19 anos de idade, corroborando com este mesmo marco cronológico o Ministério da Saúde (MS). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei nº 8069 de 1990 determina como sendo dos 12 anos até os 18 anos (BRASIL, 2014).

Para a OMS a adolescência é o período da vida no qual o indivíduo adquire a maturidade reprodutiva, transita dos padrões psicológicos da infância à idade adulta e estabelece sua independência socioeconômica. Sendo um período da vida de grande busca pela independência psicológica e social (BRASIL, 2015).

É importante destacar que além das questões de cronologia do período da adolescência há as especificidades do processo de desenvolvimento desta fase. Durante esse período Jean Piaget destaca como ocorre o desenvolvimento cognitivo e Eric Erikson dos aspectos psicossociais.

Piaget considera que os adolescentes entram no nível mais elevado de desenvolvimento cognitivo, denominado de operações formais, quando desenvolvem a capacidade para o pensamento abstrato e um raciocínio hipotético dedutivo. Esse desenvolvimento, geralmente em torno dos 11 anos, proporciona um modo novo e mais flexível de manipular as informações e pensar os problemas que se apresentam a eles de forma mais flexível, pois testam mais as hipóteses diante das situações apresentadas. Com a aquisição do pensamento operacional formal, surgiu a combinação entre experiência e maturação, desse modo a característica mais acentuada do desenvolvimento no adolescente seria a capacidade de pensar possibilidades e não apenas na realidade (BERGER, 2003; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Eric Erikson afirma que na adolescência um conflito interno que se busca a resolução, conhecido como crise de identidade *versus* confusão de identidade ou *confusão de papel*. Mediante uma resolução que propicie uma construção de uma identidade, proporciona neste adolescente um senso de fidelidade, o que corresponde a uma maior segurança emocional quanto a si mesmo. No entanto, quando há fracasso em desenvolver essa consciência de si o adolescente experimenta confusão de identidade e fragilidade de seu self. Essa crise apesar de não se resolver durante a adolescência é imprescindível para que ele se torne um adulto saudável psicossocialmente (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A construção dessa identidade envolve vários aspectos, desde questões internas, questões de sexualidade, autoconfiança, autoestima, quanto externa, como a família, amigos, escolha profissional. Para Erikson os adolescentes não formam sua identidade tomando outras pessoas como modelo a seguir, mas modificando-o e sintetizando identificações anteriores para construir um novo modelo para si. Assim, o desenvolvimento da sexualidade está intimamente relacionado às mudanças

corporais, no entanto, ela vai além do ato sexual em si, perpassando aspectos como socialização, maturidade física, imagem corporal, construção de uma nova identidade e aspirações referentes ao futuro (BERGER, 2003).

Para Kaplan e Sadock (2007) afirmam que a resolução da crise de identidade enfrentada pelo adolescente refere-se a deixar de ser uma pessoa dependente e torna-se mais autônoma. Enfatiza ainda que há lutas iniciais que são travadas, tais como as que se referem quanto a sexualidade.

Nesse contexto Eisenstein (2005) afirma que a identidade é a consciência que uma pessoa possui de si mesma como um ser no mundo. Sendo assim, essa busca de encontrar seu ser no mundo que o adolescente busca constantemente, no qual para isso testa vários papéis e situações para que possa encontrar o seu eu.

De acordo com Papalia e Feldman (2013) para formar a identidade é preciso que os adolescentes organizem suas habilidades, suas necessidades, seus interesses e seus desejos para que possam ser expressados em um contexto social. Ela se forma pela resolução de três questões importantes: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores nos quais acreditar e segundo os quais viver e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória.

Quando a identidade não é capaz de se estabelecer, o adolescente pode apresentar comportamentos de vulnerabilidade. No entanto, a vivência da adolescência pode ser enfrentada de diferentes maneiras, pois não é coletiva e sim individual e, por isso mesmo, pode ter duração diferente para cada indivíduo (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Aberastury e Knobel (1981) afirmam que há na adolescência a Síndrome da Adolescência normal é composta pelos seguintes processos: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar-se e de fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações e condutas, separação progressiva dos pais da infância, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. Essa crise é um fenômeno esperado, sendo difícil delimitar o normal e o patológico e que seria anormal a presença de um equilíbrio durante o processo adolescente.

Outra característica bastante peculiar da adolescência é a participação nos grupos que passam a exercer grande função modeladora. Durante essa fase, o adolescente persegue a uniformização com outros jovens como uma maneira de

buscar segurança, estima e diferenciação do meio familiar, mas os valores que embasam essas relações são os que foram construídos no contexto da família. Essa característica dos adolescentes foi denominada por Eric Erikson de processo de individuação, no qual há maiores conflitos no contexto familiar e maior aproximação dos pares, amigos, o que gera um conflito de valores que embasará a identidade ideológica desse indivíduo (KAPLAN; SADOCK, 2007).

É também durante essas transformações nas quais o adolescente busca achar um equilíbrio entre ser aceito pelos seus iguais, amigos, e os valores familiares, que muitos conflitos interpessoais surgem dentro das próprias famílias. Assim, os adolescentes inserem-se em um mundo no qual seus pais não estão familiarizados e nem compartilham dele, já que os amigos, grupos externos à família, tornam-se mais importantes para esse adolescente, mesmo que a sua base seja a família. Esse fenômeno dá-se devido ao fato de que nessa fase eles passam a se ver por meio dos olhos dos seus pares, adolescentes amigos, e qualquer desvio na aparência, modo de vestir-se, comporta-se ou relacionar-se pode resultar em uma baixa autoestima (BERGER, 2003; KAPLAN; SADOCK, 2007).

Com isso surgem as vulnerabilidades as quais o adolescente sujeita-se mais do que outros grupos, tais como os comportamentos de risco. Para Feijó e Oliveira (2001), comportamento de risco pode ser definido como a participação em atividades que ponham em risco a integridade física e mental do adolescente. Algumas dessas atividades estão relacionadas ao caráter exploratório próprio do jovem e do adolescente ou, ainda, sofrem influência do meio.

O comportamento de risco do adolescente pode ser influenciado significativamente pelos canais de comunicação ou pela escola, já que passam uma parte significativa de suas vidas, mas também pelos conflitos familiares. Os adolescentes são mais susceptíveis à influência dos modelos de consumo, padrões de beleza e de comportamentos apresentados pela mídia do que os adultos. Assim, por meio do pensamento mágico, identificam-se facilmente com personagens simplificando a resolução dos problemas vivenciados no dia a dia. Além disso, o padrão de um corpo ideal pode levar os adolescentes e jovens a desenvolver transtornos alimentares e sentimento de frustração e alterações na imagem corporal (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

Papalia e Feldman (2013) afirmam que a adolescência como época de oportunidades e de riscos, coloca esses indivíduos no limiar do amor, da vida

profissional e da participação na sociedade adulta. Para a autora os conflitos familiares, oscilações de humor e comportamento de risco são mais comuns do que durante outros períodos da vida, além desses jovens estarem mais propensos a estados de humor negativos e depressão, ansiedade, o que pode levá-los muitas vezes a se sentirem tímidos, envergonhados, desajeitados, solitários, nervosos ou ignorados.

4.1.3 Pesquisas sobre adolescência, fenomenologia e comunidade: Família, escola e amigos

O adolescente na busca da sua identidade é influenciado tanto por fatores internos quanto externos, sociais e econômicos, tais como a cultura a qual encontra-se inserido, valores morais de sua família, contexto escolar e amigos que podem facilitar ou dificultar essa busca. Para Berger (2003) a sociedade possui dupla influência nesse processo, primeiro quanto as estruturas sociais e costumes que facilitem a transição da infância à vida adulta, já que em sociedades cujos valores são voláteis e frágeis, podendo dificultar o processo de indenitário.

A família é considerada por muitos autores, como Carter e McGoldrick (1995) e Bello (2006), como a base para a formação da pessoa. A família é o lugar que dá origem à história de cada pessoa, é o espaço privado onde se dão as relações mais espontâneas e no qual se constroem os valores de uma pessoa. É por meio do suporte familiar que se possibilita o desenvolvimento do sentimento de segurança, de independência que permitem a uma pessoa desenvolver cognitiva e emocionalmente.

Corroborando com a ideia dos autores supracitados e acrescentando novos elementos quanto ao conceito de família e a influência para um desenvolvimento saudável de uma pessoa Ales Bello (2006) a partir da compreensão de Edith Stein sobre família, afirma que para se entender o papel essencial da família para uma pessoa é preciso primeiro distinguir dois conceitos centrais, sociedade e comunidade.

A sociedade estrutura-se por meio de papéis, nos quais seus membros desempenham, tais como pai, filho, aluno entre outros. Caracteriza-se pela racionalização das relações, na qual a pessoa é colocada diante de outra como objeto que estão ligados por uma finalidade. Possui como característica central o estabelecimento de papéis, objetivos específicos e afinidades entre os membros, pois

somente assim pode-se formar tal associação (ALES BELLO, 2006; ESPÍNDULA; FERREIRA, 2017).

A comunidade possui como característica a responsabilização recíproca entre os seus membros, sendo a liberdade de cada um considerada nesse processo. No entanto, para que se tenha uma comunidade não basta apenas que haja a união de pessoas, mas a consideração mútua entre os membros da individualidade de cada um. A comunidade se forma quando cada membro aceita a comunidade como lugar de seu movimento individual e, assim, se forma uma nova *personalidade* que é a comunidade (ALES BELLO, 2015).

Desse modo a família, pode ou não ser considerada uma comunidade, o que dependerá do vínculo positivo estabelecido entre os membros, começando pelos sentimentos, já que o sentimento fundamental na família é o amor e sua reciprocidade, devido ao desejo solidário de realização. No entanto, se isso não acontece não se pode falar de comunidade familiar, pois na família deve haver benefícios de nível corporal, no qual o corpo inteiro do ser humano faz parte dela, de nível espiritual e espiritual que ultrapassam os laços de sangue da relação. A comunidade familiar é antes de tudo um processo, não acontece espontaneamente, esse é um problema muito presente atualmente nas famílias (ALES BELLO, 2015).

Assim, sociedade e comunidade possuem uma estreita relação quanto a formação da pessoa, já em sociedade os membros estão ali por uma finalidade comum, sem reciprocidade, mas se eles forem capazes de estabelecer vínculos psíquicos e espirituais, poderão tornar-se uma comunidade. Se todos trabalharem em união e não quiserem sempre afirmar a si mesmos, causando mal ao outro, se trabalharem para o grupo, a sociedade pode se tornar também comunidade. E a família como comunidade possibilita ao adolescente a construção de uma identidade autônoma, responsável, consciente de suas motivações e com valores éticos e morais (ALES BELLO, 2006; 2015).

Espíndula e Ferreira (2017) realizaram um estudo qualitativo sob a perspectiva fenomenológica com 12 adolescentes de uma escola rural cujo objetivo foi compreender como os adolescentes vivenciam a saúde mental no contexto escolar e como a escola oferece suporte para as demandas psicossociais. A partir da análise das narrativas sob as contribuições de Edith Stein, construiu-se três eixos principais, o corpo e a corporeidade dos adolescentes, a identidade pessoal, valores e projetos de vida (temporalidade) e as vivências comunitárias (escola, família e comunidade).

As pesquisadoras concluíram que a escola possui lugar determinante para a saúde mental dos adolescentes, uma vez que por meio das redes sociais estabelecidas no contexto propiciem a percepção de se lidar com as transformações internas e externas desse período do desenvolvimento humano por meio da intersubjetividade, ou seja, na relação de respeito e reciprocidade com professores, alunos e comunidade.

O adolescente estrutura sua identidade a partir de seus vínculos bases que foram construídos na família. Porém, nem todas as famílias são capazes de possibilitar espaços nos quais se possa desenvolver uma pessoa de forma saudável. Assim, Avanci et. al. (2008) realizaram um estudo transversal no Estado do Rio de Janeiro com 1.923 alunos das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1º e 2º anos do Ensino Médio de escolas públicas e privadas com o objetivo de identificar fatores familiares que pudessem ser potenciais de risco à sintomatologia depressiva de adolescentes escolares.

Os resultados revelam que adolescentes que foram vítimas de violência severa cometida pela mãe têm 6,49 mais chances de ter depressão e adolescentes que vivenciaram separação dos pais têm 73% mais chances de apresentar sintomas de depressão, destacaram se ainda que adolescentes que manifestavam sintomas depressivos percebiam sua estrutura familiar como deficiente, que aguçava seus conflitos vividos.

Pratta e Santos (2007) também estudaram por meio da pesquisa bibliográfica a influência da família para o desenvolvimento psicológico dos adolescentes e constataram que os principais conflitos vivenciados entre pais e filhos se referem a sexualidade dos adolescentes e o uso de substâncias psicoativas, como as drogas. Demonstraram também que devido aos conflitos há diminuição de diálogo entre pais e filhos adolescentes, além de que essas relações refletem em toda dinâmica familiar. No entanto, os autores afirmam que é imprescindível que nesse momento haja comunicação adequada entre os familiares, pois devido as características e sensibilidade à crítica, os adolescentes tendem a fechar-se em seu mundo, não permitindo a aproximação dos pais.

Berger (2003) afirma que há maior incidência de conflitos entre pais e filhos no início da adolescência, já que há nesse momento a busca de maior autonomia na tomada de decisões dos filhos em contraponto com a dependência dos aspectos familiares. A autora afirma ainda existem outros aspectos que precisam ser considerados quando se refere ao funcionamento familiar e sua influência no

desenvolvimento de uma pessoa, tais como, a comunicação, entre pais e filhos, o fornecimento de apoio/suporte nos momentos conflitivos vivenciados pelos adolescentes, as ligações familiares, ou seja, relações de proximidade e aspectos de controle de hábitos e atitudes. São elementos que variam de acordo com a família, aspectos socioculturais e econômicos.

Tão importante quanto as relações familiares são as relações vivenciadas entre os pares. Visto que as amizades significativas se constroem ainda durante a infância, principalmente no final dela. Os amigos fornecem proteção social contra o ambiente social do adolescente, como escola, grupos diferentes. Eles são capazes de auxiliar a busca pela auto compreensão e identidade, pois funciona como um espelho que reflete tanto distorções, como interesses e capacidades. Além de que é por meio das inter-relações entre os pares que eles refazem os valores que foram internalizados no âmbito da família e constroem os seus próprios (BERGER, 2003).

Seguido desses dois aspectos importantes há a escola como um fator determinante para a vida do adolescente. É nesse contexto que ao adentrar, o adolescente passa a maior parte do seu tempo, já que a maior parte das suas relações além da família dão-se nesse momento.

Papalia e Feldman (2013) afirmam que a escola pode ser um organizador poderoso na resolução da crise de confusão de papéis vivenciado pelo adolescente, pois propicia a ele experimentar e testar suas habilidades, identificar-se com pares e explorar suas opções vocacionais, ampliando horizontes intelectuais e sociais. No entanto, essa pode não ser uma realidade para todos os adolescentes, pois este é um ambiente complexo, cujas relações podem ser vividas como um obstáculo ao caminho da vida adulta.

Os autores destacam ainda a importância da proximidade da família no acompanhamento escolar de seus filhos e suas práticas educativas parentais para o desenvolvimento saudável do adolescente. Para eles o envolvimento participativo dos pais pode propiciar senso de autoeficácia e segurança emocional aos filhos adolescente, principalmente, quanto à entrada do Ensino Médio.

4.2 O PAPEL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE

4.2.1 Saúde mental e as redes de apoio

O conceito de saúde é complexo e não há um consenso na literatura científica. Outro aspecto que precisa ser destacado refere-se a inter-relação entre saúde-doença. A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e espiritual, modificando, desde então, a noção, que deixou de ser concebida apenas a ausência de doença (OMS, 2014).

O SUS compreende saúde sob uma perspectiva mais ampliada, cujas ações vão além da relação de identificação e tratamento de agravos e doenças, intervenções curativas e tratamentos restritos à medicalização. Nessa visão de saúde, que vem do que preconiza a OMS, há uma visão de integralidade na qual contêm elementos como acesso à educação, ao lazer, à habitação e a cultura, por exemplo. Esses são apenas alguns dos fatores que são considerados estruturantes e condicionantes para os cuidados de saúde da população. De modo que o processo saúde-adoecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais, que se encontram envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação da condição saudável ou da situação de agravo (BRASIL, 2014).

Cabe destacar aqui a concepção de saúde advinda da filosofia pelo olhar de Ales Bello. Para ela a saúde é uma possibilidade de se compartilhar equilíbrio e serenidade um “estilo de vida comum” do ponto de vista corpóreo e psíquico (ALES BELLO, 2019).

Corroborando com a concepção de Ales Bello (2019) González Rey (1997) define saúde por meio dos seguintes aspectos essenciais:

1 - A saúde não se pode identificar com um estado de normalidade, pois a nível individual é um processo único e com manifestações próprias. A saúde não é uma "média", é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas e diversas alternativas. 2 - A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que constantemente se desenvolve, onde participa de forma ativa e consciente o indivíduo como sujeito do processo. 3 - Na saúde se combinam de forma estreita fatores genéticos, congênitos, somato-funcionais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral. 4 - A expressão sintomatológica da enfermidade é resultante de um processo que precede o surgimento dos sintomas. A doença, como a saúde, é um processo que se define qualitativamente antes do surgimento dos sintomas, os quais não são mais do que um momento do desenvolvimento da doença (p. 8).

Essa definição de saúde corrobora com a OMS e do SUS quanto as características de integralidade. Para o autor a saúde não poder ser entendida como ausência de sintomas, pois a saúde é plurideterminada, singular e complexa e assim também deve ser pensada a saúde mental.

Para a OMS não existe um conceito oficial de Saúde Mental, mas pode-se incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2014).

Ao se tratar de saúde mental é preciso falar de como na história a pessoa que estivesse em sofrimento mental era tratada. A história da psiquiatria revela a exclusão, o confinamento, o preconceito e o afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. As formas de atenção, que substituem o modelo manicomial, em todo o mundo, são recentes (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A reforma psiquiátrica surgiu como um movimento em diversas regiões do mundo com a finalidade de reestruturar a assistência psiquiátrica, possibilitando a pessoa em sofrimento mental o direito à sua cidadania, pois até meados do século XX o foco de tratamento restringia-se aos hospitais psiquiátricos e exclusão social. As propostas alternativas à psiquiatria tradicional manifestaram-se em vários países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália onde ocorreu a reforma mais radical. O movimento italiano liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia foi denominado de Psiquiatria democrática, cujo objetivo era libertar o doente mental da função de excluído, buscando a reinserção social do louco, desinstitucionalizando-os. Os pensamentos de Basaglia tiveram grande influência na reforma psiquiátrica que iniciou no Brasil a partir da década de 1970 (OLIVEIRA, 2012).

No Brasil existem alguns marcos importantes em relação às políticas de saúde mental, tais como a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se definiu as diretrizes para a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, posteriormente, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual fomentou novas diretrizes e ações do Ministério da Saúde, a fim de instituir mudanças no financiamento da Saúde Mental e em 1992 a II Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual o movimento pela Reforma Psiquiátrica se definiu como democrático, com a participação de usuários nas reivindicações. Outro marco importante é de 2001 com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob o nº 10.216/01, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. A partir daí, apresentou-se a necessidade de construir uma rede de atenção psicossocial efetiva, a fim de substituir o modelo psiquiátrico tradicional.

O novo modelo de saúde mental passou a privilegiar não apenas a pessoa com transtornos mentais, mas buscou envolver suas redes interpessoais. O processo

saúde-doença, influenciado pela reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, passou a ser considerado a partir das determinações psíquicas, sociais e culturais, considerando os conflitos e a constituição do sujeito, com ações de envolvimento multiprofissional e familiar.

O novo modelo da assistência psiquiátrica visa à satisfação das necessidades sociais e individuais do sujeito com transtorno mental, defende seus direitos de cidadão e de possuir um atendimento digno, evitando sua despersonalização e reclusão. O indivíduo em sofrimento psíquico precisa ser compreendido pelos profissionais que o acompanham como um ser que se relaciona consigo e com os outros que faz parte do seu mundo e que suas vivências cotidianas são relevantes para o quadro clínico apresentado, pois a atenção psicossocial traz em si o entrelaçamento da cultura, da política, da cidadania e da integralidade (FERREIRA, 2007; TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Surgiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, que prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental no âmbito do SUS. A RAPS tem os objetivos gerais:

Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014).

Além desses objetivos a RAPS busca promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, pessoas em situação de rua e populações indígenas, prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo, além de promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária.

A instituição dessa rede demonstra um grande avanço quanto ao modo como a sociedade compreende a questão da saúde mental, no entanto, a rede por si só não é capaz de garantir a integralidade, universalidade e a atenção à população,

dependendo da articulação com os demais determinantes e condicionantes de saúde mental nas pessoas, como escola, família e trabalho.

4.2.3 Políticas de promoção e prevenção de saúde mental para adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, voltados para o público de gestantes, parturientes, nutrizes, recém-nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Com isso, o SUS, por meio de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e de suas diversas políticas, assumiu responsabilidade sanitária para com crianças, adolescentes e suas famílias. Ele preconiza em suas normativas que o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social. Nas políticas setoriais, enfatiza a Atenção Básica e sua capacidade de trabalho no âmbito individual e coletivo, em especial as ações de educação em saúde. Destacam-se estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental. A promoção da saúde exige, portanto, estratégias que favoreçam a integração de políticas setoriais e tecnologias inovadoras para a defesa e a garantia da vida (BRASIL, 2014).

A iniciativa de inserir a saúde no espaço da educação não é recente, desde a década de 1950 diversas iniciativas foram tomadas, só que grande parte delas vinculadas a uma lógica sanitarista, perpetuando o modelo biomédico focado na cura da doença e pouco em ações de evitar o seu aparecimento. Contudo, surgiram algumas iniciativas que buscam articular o encontro da saúde com a educação, de modo a implementar políticas públicas intersetoriais, favorecendo a articulação de ações e estruturas da saúde e da escola (BRASIL, 2017).

Uma importante política pública no Brasil que surgiu com esse movimento foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1991. O principal propósito dessa política é a reorganização da prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, tendo como proposta que os profissionais,

através das trocas existentes em seus relacionamentos com as famílias e comunidade, busquem humanizar e adequar a assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, objetivando a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce da qualidade de vida (SOUZA, 2007).

No entanto, primando pelas ações de promoção e prevenção de saúde e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) houve-se a necessidade de criar uma política que pudesse trabalhar o indivíduo antes de seu adoecer, vislumbrando-se uma inter-relação entre a educação e saúde para além das unidades de saúde, envolvendo a comunidade e a escola, principalmente. Essa necessidade de articulação possibilitou a união entre os Ministérios da Saúde e Educação para criar um programa que pudesse promover saúde dentro das escolas, esta ação ficou conhecida como Programa de Saúde na Escola – PSE, criado em 2007 pelo decreto interministerial nº 6.286.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. O público beneficiário são estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Possui abrangência nacional, no entanto, depende da adesão municipal, Estadual e Distrital por meio da assinatura de um termo de adesão, no qual o ente federado se compromete com as ações do programa que articulam escolas e as unidades básicas de saúde e suas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017; PENSO et. al., 2013).

O PSE estrutura-se por meio de ações que são organizadas em três componentes de acordo com nível a que se pretende atingir, prevê, ainda, que com a adesão ao programa cada escola passa a ter uma equipe de Saúde da Família Básica como referência para executar as ações conjuntas e que haja capacitação desses profissionais de educação e saúde. O componente I visa à avaliação das condições de saúde, o componente II visa à promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos e o componente III preconiza a capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação.

Dentro da legislação do PSE as ações de Saúde Mental estão dentro do componente II que prevê as ações de promoção e prevenção de saúde. Tem previsão de três ações bases que integram as ações de promoção. A primeira tem como objetivo promover discussões entre os integrantes do ambiente escolar acerca de temas que envolvam saúde mental e estratégias para lidar com diversas situações de mediação e promoção de saúde, desse modo articula-se com outros profissionais da rede e com isso possibilita a formação permanente dos profissionais de saúde e educação. A segunda ação visa à criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde. E a terceira ação direciona-se a criação de grupos entre pares para fomento da participação da infância, adolescência e juventude (BRASIL, 2009; LUCCHESI et. al., 2009; SOUZA et. al., 2007).

Lucchese et. al. (2009) afirmam que o nível primário de atenção à saúde é a base para que as diretrizes preconizadas pela reforma sanitária e luta antimanicomial sejam ampliadas e que a população em geral possa estabelecer novos olhares sobre a saúde mental, ampliando o olhar sobre saúde-doença, além do modelo biomédico, privilegiando a escola como o espaço dessa articulação entre saúde mental e educação. A escola possui uma posição estratégica entre família, adolescente, sociedade e redes de atenção à saúde, já que pode articular formação integralizada da pessoa em sociedade.

As escolas possuem um papel significativo para o desenvolvimento das crianças e adolescentes e suas famílias seja na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos ou na redução de danos de agravos psicossociais. Nesse ambiente se concentram a maior parte da população infanto-juvenil brasileira e muitas crianças e adolescentes convivem mais nos contextos escolares do que com suas próprias famílias. Assim, agregam-se nesses locais diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia da proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob os princípios de autonomia e emancipação (BRASIL, 2014).

Berger (2003) afirma que a escola é um espaço de formação humana, para além da transmissão de conteúdo, onde é possível que o adolescente reflita e amplie seus projetos de vida, e amplie suas experiências. Neste sentido, o autor questiona em quais lugares o adolescente tem encontrado campo para refletir sobre suas questões e angústias pessoais, de modo a se situar em relação ao mundo em que vive. Tais

reflexões desafiam educadores a desenvolverem novas formas de se olhar e trabalhar com o aluno. A escola deveria proporcionar um ensino diferente aos adolescentes do que oferece às crianças, já que na adolescência proporcionar ambientes de integração entre professores e estudantes, entre os próprios estudantes, com ambiente que seja capaz de proporcionar o desenvolvimento da autoconfiança dessas pessoas.

Com isso, saúde mental não é algo produzido isoladamente por um indivíduo, mas está relacionada a possibilidade de acessarmos direitos e projetos coletivos como acesso à alimentação, saúde, segurança e educação de qualidade. A discussão de ações de saúde mental no território por meio desses grupos pode construir estratégias mais amplas de ação integrada entre os serviços de educação e saúde e outros serviços qualificando a compreensão dos casos e a atuação no território de responsabilidade compartilhada (TANAKA; RIBEIRO, 2009; LUCCHESI et. al., 2009).

Ferrioli et. al. (2007) mencionam que as ações de saúde mental na escola são pouco efetivas por não possuírem articulações com os princípios de saúde mental e as diretrizes educacionais, ou mesmo, por professores e profissionais de saúde não estarem preparados tecnicamente para lidarem com ações de promoção no contexto escolar.

No entanto, o que se tem observado quanto a aplicabilidade dessas ações no contexto escolar é que há baixa efetividade, pois na prática cotidiana a escola e as equipes de ESF não têm conseguido compartilhar as ações de promover saúde, principalmente no que se refere ao aspecto de saúde mental. Os estudos de Tanaka e Ribeiro (2009) e de Penso et. al. (2013) evidenciam essa realidade quanto à saúde mental, à baixa articulação entre escola e equipes de saúde e capacitação de profissionais para abordarem a temática.

4.3 PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA

A construção desse capítulo surgiu a partir do levantamento bibliográfico realizado sobre o tema autolesão, pois percebeu-se que havia um pensar apenas sobre a patologia e não sobre a totalidade da pessoa em sua concepção de saúde. Com isso, buscou-se autores que pudesse pensar este fenômeno sob o viés da vivência do sujeito, o que direcionou às contribuições de Binswanger.

Ludwig Binswanger, psiquiatra e filósofo, é fonte de inspiração para a tradição da psicopatologia fenomenológica, sendo pioneiro na introdução de um novo olhar e

compreender a psicopatologia. Isto é tão marcante que ele é considerado por muitos o “pai da psicopatologia fenomenológica”, apesar de o termo fenomenologia em psicopatologia já ter sido utilizado por Karl Jaspers anteriormente, mas apenas como método de descrição dos vividos conscientes pela doença mental (MOREIRA, 2011; PITA; MOREIRA, 2013; ALES BELLO, 2015).

Karl Jaspers (1883-1969), psiquiatra e filósofo alemão aluno de Husserl que inspirado por uma fenomenologia compreensiva e descritiva publicou em 1913 uma *Psicopatologia Geral*. Tem como objetivo o estudo descrito dos fenômenos psíquicos considerados incomuns a partir da descrição do modo como se apresenta à experiência imediata do sujeito consciente (DALGALARRONDO, 2008; RODRIGUES, 2005)

Assim tanto Jaspers quanto Binswanger apoiam seus estudos a partir dos conhecimentos da fenomenologia contrariando a perspectiva naturalista de doença das ciências da natureza. Entretanto, Binswanger vai além da descrição do fenômeno e adentra pelo tratamento sobre uma psicoterapia (MOREIRA, 2011; RODRIGUES, 2005).

Binswanger rompeu com a visão psicanalítica de Freud ao conhecer a obra de Edmund Husserl, pois recusava-se a aceitar a cisão entre corpo e psíquico e reducionismo do ser apenas ao aspecto interno, desconsiderando-o do mundo. O encontro com o fundador da fenomenologia possibilitou-o um olhar da totalidade do paciente que sofre, de modo que não haveria de se compreender uma história de vida, sem organismo e nem o inverso (ALES BELLO, 2015).

O psiquiatra recebeu influências tanto de Husserl quanto de Heidegger na construção do pensamento de uma psicopatologia fenomenológica. Entretanto, mesmo se apropriando de algumas ideias do existencialismo de Heidegger, ele retoma para a análise de Husserl, por meio da interioridade do ser humano pela transcendência (ALVARENGA, 2017).

Para Binswanger (2001) a psiquiatria clínica tradicional preocupava-se com o modo funcional psíquico (corpóreo-psíquico) do organismo e sua perturbação, no entanto, era preciso compreender também dentro de um novo olhar da psiquiatria para a sequência dos conteúdos de vivências psíquicas. O autor se interessava pela estrutura da inter-relação interpessoal entre esses dois modos que são vivenciados por meio de uma história de vida de um sujeito e não o funcionamento orgânico apenas.

Para a psicopatologia fenomenológica a vivência de algo e o saber em torno dessa vivência não pode ser concebida a partir de nenhuma outra causa senão a partir dela mesma, sendo somente o sujeito da vivência capaz de definir o que realmente sente, sem focar na patologia, mas na descrição desse sofrimento pela própria pessoa que a vivenciou (BINSWANGER, 2001; PITA; MOREIRA 2013).

Na abordagem fenomenológica, o fenômeno psicopatológico jamais será visto isoladamente de sua essência (interioridade, sentimentos, pensamentos, angústias) estará sempre relacionada à manifestação de cada paciente, portanto o paciente será conhecido a partir de um determinado fenômeno e, inversamente, este fenômeno penetra neste paciente (BINSWANGER, 2001).

Binswanger busca um olhar do profissional de saúde mental à totalidade do ser humano, por meio da retirada desse paciente do isolamento do corpo cego do *idios cosmo* de tal maneira que ele possa ser capaz de participar do *koinos cosmos* da comunidade. É devido a essa nova perspectiva de psicopatologia fenomenológica, cujas influências repousam em Husserl, que se busca por meio da psicoterapia a ampliação da vivência individual para elevá-la e liberá-la a ponto de que essa pessoa possa participar da comunidade ou vida autêntica (BINSWANGER, 2001).

5 METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta a trajetória metodológica de todo o trabalho, bem como os resultados do levantamento bibliográfico realizado durante toda a pesquisa. Caracteriza-se por ser uma pesquisa bibliográfica e de campo com caráter exploratório descritivo sob a perspectiva fenomenológica.

O levantamento bibliográfico foi realizado, principalmente, nas plataformas de pesquisa Scielo, Lilacs, BVS-Psi e a Base de Dados de Teses e Dissertações (BDTD) da Capes. Nesse capítulo serão apresentados os principais resultados dos estudos analisados que corroboraram com o entendimento da temática pesquisada e as discussões epistemológicas que fundamentam a utilização do método fenomenológico.

O método utilizado para a compreensão das narrativas coletadas foi baseado no método fenomenológico-empírico de Giorgi e Sousa (2010) com as alterações propostas por Feijoo e Goto (2016); Espíndula e Goto (2019) cujos fundamentos visam a uma fidelização das bases epistemológicas do método fenomenológico preconizando Edmund Husserl. Sendo o objetivo principal, deste método de estudo em pesquisas em Psicologia, alcançar a essência do fenômeno estudado (FEIJÓO; GOTO, 2016; GOTO; COSTA; SCHIEVANO; 2019; ESPÍNDULA; FERREIRA, 2017).

5.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O capítulo a seguir discorrerá sobre os principais conceitos teóricos da teoria fenomenológica de Edmund Husserl e das contribuições realizadas por Edith Stein que serviram de suporte para as discussões dos resultados encontrado na coleta de dados da pesquisa de campo. Constam também nesta unidade, as discussões mais recentes acerca da aplicação do método fenomenológico-empírico de pesquisas qualitativas em Psicologia.

5.1.1 Algumas contribuições da Fenomenologia de Husserl e Stein à Psicologia

A fenomenologia surgiu como uma escola filosófica a qual teve como precursor Edmund Husserl (1859-1938), cuja obra provocou impacto significativo não apenas na filosofia, mas na forma de se pensar o homem e o seu mundo e no modo de compreendê-lo, refutando ao psicologismo e positivismo da visão de homem de sua época. A fenomenologia ultrapassou seu tempo e os limites da filosofia, influenciando diversos pensadores contemporâneos, encontra-se em uma antropologia filosófica, como Edith Stein, filósofa e seguidora dos pensamentos de Husserl. Ludwig Binswanger, psiquiatra, considerado o pai da psicopatologia psicopatológica que contribuiu para o olhar mais humano na relação intersubjetiva dentro da medicina da pessoa (ALES BELLO, 2006; HOLANDA, 2014; GIORGI; SOUSA, 2010).

Stein oferece subsídios para a compreensão da estrutura humana, sinalizando-nos elementos essenciais da constituição da pessoa, em sua subjetividade e alteridade, bem como das relações interpessoais como comunidade, sociedade e Estado (ALES BELLO, 2006).

Fenomenologia é uma palavra formada por duas partes originárias do grego, *phainómenon* “fenômeno” significa aquilo que se mostra, que surge no mundo (para uma consciência) e “logia” que deriva de “logos” que se refere ao pensamento, discurso e reflexão. Assim, Husserl na busca da volta às coisas mesmas, busca apreender o mundo a partir do modo como é apresentado, enquanto fenômeno, a essência do vivido. O autor estruturou o método fenomenológico que visa à descrição da experiência do sujeito a partir do seu modo de se colocar no mundo, pois o

fenômeno não aquilo que se é dado, mas a experiência desse correlato (ALES BELLO, 2006; HOLANDA, 2014).

Para Husserl “voltar às coisas mesmas” é entendido não como uma realidade que existe em si, mas como um fenômeno e como tal integra a consciência e o objeto, unindo-os no próprio ato de significação. A fenomenologia considera a consciência como intencional, voltada para o objeto, enquanto este volta-se a consciência, estabelecendo-se entre consciência e objeto uma correlação essencial, que somente ocorre na intuição essencial da vivência (FORGHIERI, 2011).

A consciência possui um caráter temporal e intencional que se estrutura por meio da subjetividade. De modo que, em fenomenologia, a subjetividade é entendida como intersubjetividade, que é a relação de um sujeito com o outro, que se constrói o eu próprio. No entanto, ela parte da noção de que o mundo que é experienciado por um sujeito como mundo privado, mas como um mundo partilhado por outros sujeitos da experiência (HOLANDA, 2014; ALES BELLO, 2015).

O conceito de intencionalidade, no qual Husserl defende o estado da consciência, é um ato de atribuir um sentido unificando a consciência e o objeto, o sujeito e o mundo. Por meio dela há o reconhecimento de que o mundo não é pura exterioridade e o sujeito não é pura interioridade, mas a saída de si para o mundo que tem uma significação para ele. É com esse pensamento que a fenomenologia proporciona um olhar para a totalidade da pessoa em sua concretude (FORGHIERI, 2011; ESPÍNDULA; 2009).

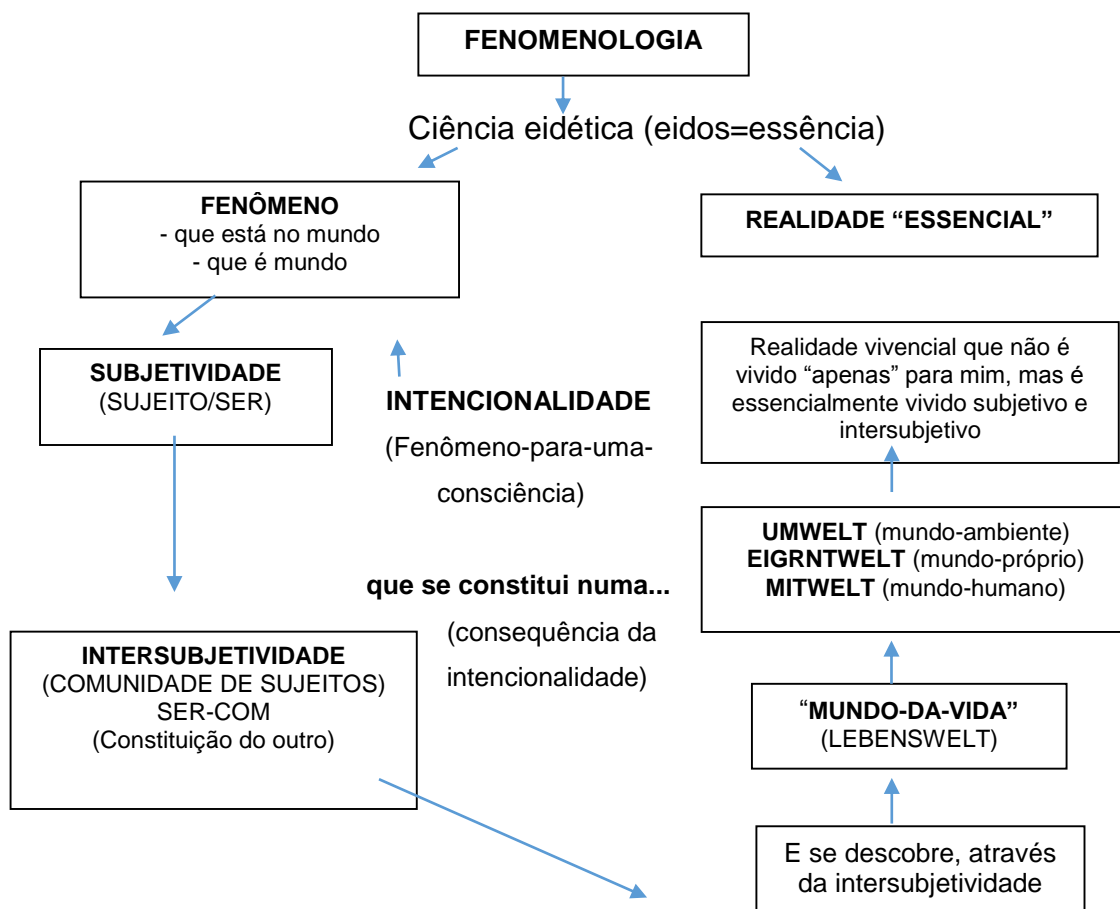
O método fenomenológico é caracterizado por dois momentos, a *epoché* e a redução transcendental. A *epoché* ou redução fenomenológica é uma atitude que se caracteriza pela abertura da consciência à experiência, na qual encontra-se um colocar-se em parênteses, suspendendo-se provisoriamente qualquer crença, juízo, em relação ao vivido, já que o que se busca é o sentido da vivência por quem o viveu. Desse modo, busca-se a essência (*Eidos*) das vivências por meio de uma consciência, que é intencional, tal como se dá no mundo da vida do sujeito (ALES BELLO, 2006; HOLANDA, 2003; ESPÍNDULA; GOTO, 2019).

O segundo momento é a redução transcendental que se volta para o sujeito da vivência da experiência, tendo como busca a reflexão da essência de como esse sujeito vivência os atos corpo, psique e espírito. E para se chegar a essa reflexão da essência é importante compreender como esse sujeito percebe e compreende o fenômeno, como resultado de dar-se conta, que é a consciência de algo (ESPÍNDULA;

GOTO, 2019). Assim, é preciso destacar que essa consciência do sujeito ocorre em dois níveis como afirma Ales Bello (2006), o primeiro nível de consciência é o dos atos perceptivos, quando se dá conta de algo, e o segundo é o dos atos reflexivos.

Na Psicologia fenomenológica o fenômeno a ser investigado é a vivência intencional e o sentido da experiência humana por meio do método fenomenológico. Um dos movimentos mais significativos do ser humano é o de voltar-se para algo vivido externamente, mas que se dá em sua interioridade, que pode ter sido estimulado por um impulso, no qual se pode aceitar ou refutar este impulso (ALES BELLO, 2015).

Com isso, Husserl ao estudar a consciência intencional e o fenômeno tal como se dá, sem pré-julgamentos ou pressuposições, busca alcançar a essência das vivências intencionais. Com intuito de explicar como se dão os elementos dentro de método fenomenológico, tem-se um esquema abaixo construído por Holanda (2003, p.53).



A fenomenologia eidética é uma metodologia que visa a elucidar as vivências a partir da experiência comum, pela reflexão e redução fenomenológica dos conceitos a respeito do fenômeno com a finalidade de atingir a subjetividade do sujeito vivencial. Com isso, busca-se acessar a subjetividade do sujeito vivencial a partir dos primeiros significados atribuídos por ele na sua experiência e a intencionalidade. A essência desse significado vivencial só se dá no estabelecimento de uma relação intersubjetiva, na qual permite alcançar a realidade eidética do fenômeno no mundo-da-vida (Lebenswelt). Na busca da essência dos fenômenos, a fenomenologia entende que o verdadeiro significado da realidade vivencial constitui-se num vivido essencial que é subjetivo e intersubjetivo que desvela na realidade dos mundos, Mitwelt, Eigenwelt e Umwelt (HOLANDA, 2001).

Os ensinamentos de Husserl influenciaram diretamente a filósofa Edith Stein, que foi sua assistente. Tal influência contribuiu para auxiliar os fenomenólogos a compreenderem o método preconizado por Husserl, já que a filósofa apesar de apropriar-se de outros conceitos que são importantes para se buscar a compreensão do homem em sua totalidade, enquanto corpo, psique e espírito, manteve-se fiel ao método fenomenológico (ALES BELLO, 2015).

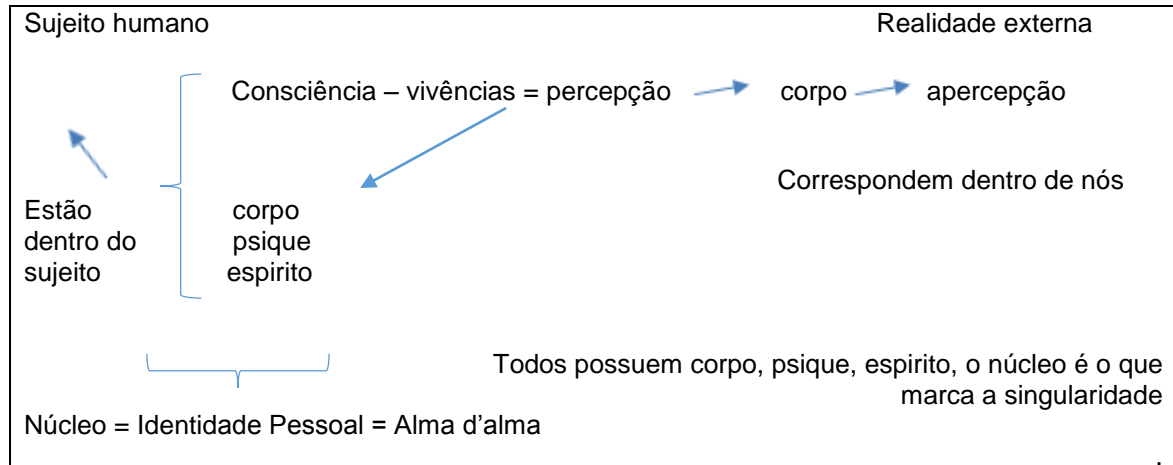
Edith Stein oferece subsídios para a compreensão da estrutura humana, sinalizando-nos elementos essenciais da constituição da pessoa, em sua subjetividade e alteridade, bem como das relações interpessoais como comunidade, sociedade e Estado. Nessa perspectiva objetivou a elaborar uma distinção entre psique e espírito husserliana e dedicou-se a explicar a direção de todo percurso na pesquisa fenomenológica. Contribuindo para a análise das vivências e da compreensão da experiência a partir da estrutura da pessoa (ALES BELLO, 2006).

Para Stein a experiência é a relação que o ser humano tem com as coisas do mundo externo, mas também consigo mesmo, sendo portanto, um movimento. E para se ter acesso ao sentido da experiência é primordial compreender a dimensão da consciência (ALES BELLO, 2015).

Stein afirma que a consciência é a dimensão com a qual nós registramos os atos, sejam eles atos psíquicos, corpóreos ou espirituais. Husserl considera que somos corpo-psique-espírito como dimensão. Da dimensão *corpo*, fazem parte os instintos em geral, como fome, por exemplo; da dimensão *psique*, fazem parte as reações (impulsos) e emoções; e da dimensão espírito fazem parte as reflexões, as avaliações,

as decisões, o controle, o pensar. (ALES BELLO, 2006). No esquema abaixo há clara descrição de como há a inter-relação.

QUADRO 3: ESQUEMA SOBRE A FORMAÇÃO DA PESSOA



Fonte: Bello (p.79, 2015)

A vivência é compreendida a partir da dimensão da consciência, sendo considerada uma experiência viva. Experiência e vivência são termos próximos, na qual a experiência passa pelas vivências das quais temos consciência. De modo que a experiência é considerada o nível mais superficial do conhecimento da pessoa, enquanto que a vivência está em um nível mais elaborado e possui diferentes tipos, vivência perceptiva, imaginativa, de recordação, de qualidades diversas e outras (ALES BELLO, 2015).

A mesma autora afirma ainda que a vivência corresponde ao que se está dentro do sujeito, a psique e o espírito, e ao que está fora, na realidade externa. Sendo o corpo ligado com a psique, de tal modo que este corpo é percebido a partir das sensações corpóreas. No entanto a dimensão corpo por si só não é capaz de mover a pessoa, necessitando da dimensão espírito, da motivação, para que haja a movimentação e tomada de decisão diante de um objeto percebido. Com isso, Stein diferencia-se a pessoa humana do mundo animal, pois corpo e psique pertencem a ambos, no entanto o espírito é uma dimensão que faz parte unicamente do humano.

O corpo vivo é uma dimensão psicofísica do indivíduo, sendo um órgão perceptivo do sujeito que experiência. Essa visão de corpo foi iniciada por Husserl em seus estudos e aprofundada por Stein. Sendo por meio deste que corpo que é vivo que se emergem as afinidades e diferenças quanto aos objetos percebidos por ele,

pois ele não é apenas uma percepção do externo, mas possui uma movimentação própria, intuitiva que transcende a matéria. É só por meio desse conceito que o sujeito é capaz de distinguir o que é dele e o que não é, já que possui uma dimensão de percepção que é externa, a parte do corpo que toca o mundo exterior, e a percepção interna, sensações internas:

“O corpo vivo fica sempre implicado nas dinâmicas do mundo, ao mesmo tempo excedendo e realizando-as na percepção interna e na atividade consciente do eu. O envolvimento do corpo vivo no que acontece ao corpo físico funciona como “estímulo” não somente para a percepção de alguns estados momentâneos, mas também de estados duráveis (saúde, doença) e de características específicas dos diversos estados de desenvolvimento do indivíduo. Desta maneira a pessoa se torna consciente da própria vida corpórea como um processo em desenvolvimento, portando à unidade as datidades mutáveis, no processo sintético de percepção” (ALES BELLO, 2019, p. 19).

No trecho acima, a autora fala sobre os pressupostos de Husserl e Stein e afirma que o corpo é uma dimensão viva do ser humano que possui uma conexão entre o fluxo consciente e o corpóreo. Esse corpo ao ser tocado, externo, há uma apreensão sensorial por parte do sujeito do que é exterior a ele e também interior, pois não se pode separar esse corpo da sensação, considerada como aspecto da consciência.

Portanto, não há uma absoluta indistinção entre corpo e psique, pois existe um “estado comum” que manifesta uma dependência que a psique tem de influências físicas do corpo, que demonstra a presença de estados psíquicos não imediatamente coincidentes com os estados corpóreos. Assim, existem processos causais, que são tipicamente psíquicos, desencadeados por processos físicos-corpóreos, que são importantes no fluxo de vivências e também nos atos do espírito (ALES BELLO, 2019).

Ales Bello afirma que não pode haver uma cisão entre os processos corpóreos e a dimensão psíquica, nem mesmo quando eles estiverem atuando como base para a intervenção da ação livre. Já que no fluir do processo corpóreo, do interior para o exterior, conhecido como expressão que coloca o corpo vivo como protagonista desse processo que se inicia no externo, mas não se finda no psicofísico, há o surgimento de uma unidade real entre alma e corpo. Isso significa que cada expressão é vivida de forma única por cada pessoa, apreendida tanto no fluxo interior-exterior quanto inverso, podendo se transformar em objeto de reflexão, capaz de tempos distintos da apreensão dessa expressão e ainda assim serem capazes de se complementares e encontrarem preenchimento no próprio componente vazio (ALES BELLO, 2019).

A autora, com base nos pressupostos epistemológicos dos estudos em relação à formação da pessoa de Stein, faz seguinte afirmação abaixo que clarifica todo o entendimento acima discutido.

Os processos expressivos, como os outros que envolvem o corpo, na medida em que interessa à esfera da liberdade, podem ser modificados, potenciados ou interrompidos pela vontade, mas eles, em seu fluir originário, derivam do viver imediato e involuntário e não podem se dar sem uma vivência correspondente. A ação voluntária sobre a expressão, portanto, não pode ser exercitada “no vazio”, mas sempre a partir do viver percebido, correspondendo diretamente à “descarga corpórea” para o exterior (ALES BELLO, 2019, p. 21).

5.1.2 Aplicação do Método Fenomenológico-Empírico de Pesquisa qualitativa em Psicologia

Husserl partindo da filosofia estabeleceu as bases para o método fenomenológico, cuja base é a redução do dado à sua essência, a fim de investigar a experiência consciente. Ele estabeleceu como base ao retorno “às coisas mesmas,” a *epoché* ou redução Fenomenológica que significa a suspensão do juízo em relação ao que será investigado. Por meio dessa redução o pesquisador inicia o seu trabalho abandona (ou coloca em parêntese) momentaneamente (*epochè*) conhecimentos e conceitos já formulados sobre a vivência pesquisada, de modo que possa entrar em contato com o significado daquela vivência em sua própria existência, para então poder compreender tal vivência sob a perspectiva do sujeito. É somente por meio da *epoché* que é possível promover uma mudança entre a atitude natural para uma atitude fenomenológica ou transcendental. Sendo está a atitude que coloca o pesquisador como um observador imparcial que possibilita à chegada da intencionalidade subjetiva (ALES BELLO, 2006; GOTO, 2008; ESPÍNDULA; FERREIRA, 2017; FORGHIERI, 2011).

De acordo com Goto (2008) Husserl busca em seus estudos delimitar o que de fato seria uma psicologia fenomenológica que pudesse esclarecer as controvérsias ligadas entre o método fenomenológico e sua aplicabilidade em pesquisas psicológicas. Husserl, com isso, busca estabelecer uma nova visão de psicologia, que pudesse transcender o empirismo psíquico da psicologia dos fatos, de psicologia pura (das essências).

Assim, a psicologia fenomenológica tem como objeto, a consciência intencional, e o método fenomenológico. Ela é uma ciência eidética, não natural e nem empírica, que se fixa na descrição das essências (pureza) da estrutura psicológica tal como aparece na intuição, direcionando-se a vivência da experiência e não ao inverso. De tal modo, que esse acesso à essência se dá apenas por meio do respeito aos passos do método fenomenológicos definidos por Husserl (GOTO, 2008; FEIJOO; GOTO, 2016).

No entanto, para responder aos anseios científicos da aplicabilidade do método fenomenológico junto às pesquisas em Psicologia, Giorgi e Sousa (2010) estabeleceu uma proposta de pesquisa fenomenológica-empírica que pudesse operacionalizar o método fenomenológico para o contexto da pesquisa em Psicologia. Os autores concebem que a partir das narrativas dos colaboradores possa se emergir os componentes da experiência por meio da *epoché*, havendo apenas o problema a ser analisado e compreendido e não hipóteses como ocorre nas pesquisas empíricas naturais (ESPÍNDULA; GOTO, 2019; COSTA, GOTO; SCHIEVANO, 2019).

De acordo com Amedeo Giorgi a escolha de um método de pesquisa deve ser uma etapa que vá além do simples interesse da investigação. A pesquisa precisa encontrar dentro de seu enquadre teórico os pressupostos que permitem estabelecer os critérios rigorosos de avaliação dos resultados e procedimentos de investigação. No caso do método fenomenológico-empírico de pesquisa qualitativa proposto por este autor com base nos fundamentos de Husserl, o objetivo é o distanciamento de uma visão naturalista da consciência humana na busca de uma apreensão das estruturas vividas de uma consciência intencional (ESPÍNDULA; GOTO, 2019; FEIJOO; GOTO, 2016).

O método fenomenológico-empírico aplicado a Psicologia por Giorgi e Sousa (2010), ampliado por Feijoo e Goto (2016) e Espíndula e Goto (2019), que foi escolhido para se utilizar nesta pesquisa, ficou definido de acordo com quatro momentos metodológicos. Dos quais Feijoo e Goto (2016) compartilham três momentos propostos por Amedeo Giorgi. Eles buscaram desempenhar os objetivos indicados por Husserl em sua Psicologia. Eles adicionaram o último passo que é a identificação e a análise das vivências psíquicas presentes nesses significados da experiência (COSTA; GOTO; SCHIEVANO, 2019; ESPÍNDULA; GOTO, 2019).

No primeiro momento é realizado a apreensão do sentido do todo a partir da leitura global das entrevistas, na qual requer do pesquisador uma *atitude*

fenomenológica conhecida como *epochè*, no qual ele coloca-se entre parênteses, suspendendo um juízo de valor.

No segundo momento há uma nova leitura sobre os relatos transcritos com o objetivo de discriminar as unidades de significado uma vez que elas não se encontram previamente identificadas, mas são apreendidas e elaboradas pelo pesquisador no decorrer do processo de análise. Descrever a partir da questão orientadora e investigar o fenômeno como aparece/manifesta. Nessa etapa, é fundamental que o pesquisador “suspenda” a maneira comum de ver o fenômeno, e reconheça momentos pertinentes e significados do fenômeno indagado, a fim de reduzir seus juízos, preconceitos e ideias na interpretação do relato, ou seja, usando-se da redução psicológica-fenomenológica.

O terceiro momento é marcado pela transformação em linguagem psicológica das unidades de significado. O pesquisador expressa de forma mais direta o que elas contêm seguindo uma organização lógica dos fenômenos psicológicos. Dessa forma, com o uso da variação livre da imaginação visa-se ao estabelecimento das essências do objeto de estudo por meio das sínteses de significados psicológicos sobre o tema.

E por fim, no quarto momento que foi modificado por Feijóo e Goto (2016) há a identificação e análise das possíveis vivências psíquicas presentes nos significados encontrados (GOTO; COSTA; SCHIEVANO, 2019; ESPINDULA; GOTO, 2019). E somente por meio desse percurso metodológico que podemos concluir que de fato este é um estudo cujo método fenomenológico-empírico foi corretamente aplicado na pesquisa científica em Psicologia.

5.2 MATERIAIS E MÉTODO

Iremos dividir em duas sessões. A primeira sessão será apresentada a pesquisa bibliográfica e na segunda seção apresentam-se os colaboradores do estudo, os aspectos éticos que ancora as pesquisas com seres humanos, bem como a contextualização das escolas e a coleta e análise dos dados.

5.2.1 REVISÃO DE LITERATURA: PESQUISAS SOBRE AUTOLESÃO E ADOLESCENTES

Nesta seção apresentam-se as principais publicações encontradas nas plataformas de pesquisas, disponíveis na internet, acerca da autolesão em adolescentes no Brasil.

5.2.1.1 Autolesão na adolescência

Na busca de estudos que pudessem respaldar o tema abordado, foram realizadas pesquisas nas bases de dados Lilacs, Scielo e Base de dados de teses e dissertações da Capes, bem como consultas a documentos oficiais que dispunham sobre o tema. Durante o levantamento foram utilizados os seguintes descritores como, autolesão, automutilação e adolescentes, na base Lilacs, e foram encontrados alguns estudos que tratavam sobre o objetivo deste trabalho, de tal modo que seguem abaixo algumas discussões acerca dos aspectos principais relatados nos estudos sobre o fenômeno pesquisado.

O quadro abaixo visa evidenciar de maneira científica a importância da temática aqui abordada, tendo em vista que apesar de aumentarem o interesse pelo tema da automutilação em adolescentes no Brasil, se tem poucos estudos publicados em português. Sob a perspectiva fenomenológica, não identificou-se nenhuma publicação no Brasil até o ano de 2019. Tal perspectiva, não menosprezando a importância das demais, busca compreender as vivências dos sujeitos, sem deslocá-los de seu mundo e nem o quantificar a um vetor, mas compreendendo o fenômeno vivido a partir de um sujeito em sua totalidade. De modo que o olhar fenomenológico faz-se de extrema importância para se obter um olhar menos individualista do fenômeno estudado, tendo

em vista que Husserl busca por meio desta abordagem o olhar sobre o homem sem sua totalidade, não o reduzindo a apenas um aspecto de sua vida.

Foram selecionados 11 artigos científicos que se relacionavam com a temática estudada, dos quais fazem parte estudos de revisão de bibliográfica e de pesquisas de campo. A partir da leitura e reflexão desses artigos estabeleceu-se a descrição resumida de resultados encontrados pelos autores que auxiliam na compreensão deste estudo.

De acordo com os estudos de Bussmann e Pretto (2017) em sua pesquisa se propôs a discutir sobre o significado dos cortes no corpo do adolescente, a partir da experiência de estágio realizada em uma Estratégia de Saúde da Família, onde foi realizado o acompanhamento de uma adolescente que se cortava. O estudo caracterizou-se como de natureza qualitativa, através de uma abordagem exploratória e descritiva e alcançou os seguintes resultados: que os cortes no corpo dos adolescentes tinham diversos significados, sendo que a desestrutura familiar da adolescente foi relevado como fator de risco, a baixa autoestima, além de questões próprias da adolescência.

Já Ferreira e Costa (2018) buscou analisar alguns depoimentos postados na internet por pessoas que se identificam como adolescentes do sexo feminino, procurando articular elementos que tornem possível uma compreensão psicanalítica do ato de escarificação. Desenvolveu-se a partir do método de análise de conteúdo, em que postagens foram divididas em categorias de análises, tais como, o encontro? Repetição e alívio, destino das postagens e tentativas e saídas possíveis.

Todo esse estudo foi fundamentado na teoria psicanalítica tanto na análise quanto na interpretação do material. Dentre os principais achados, observou-se que vivências relativas à passagem adolescente, associadas a vivências subjetivas, cujo laço social dificulta a apropriação de seu corpo, podem levar algumas adolescentes a produzirem as escarificações como tentativas de escapar das tensões que lhes afetam; mais do que se machucar, os cortes servem, então, para delinear um contorno corporal.

Fortes e Macedo (2017) também se interessam sobre o uso das redes sociais na internet pelo adolescente em seu estudo, mas direcionaram para o que eles publicavam em um blog. Eles perceberam no resultado da pesquisa realizada que no blog "Mon combat au quotidien: l'automutilation" (2012) sobre testemunhos de jovens que se automutilam que não há relação deste comportamento com o suicídio. Os

cortes autoinflingidos envolvem certa relação entre o corpo próprio e a expressão do sofrimento, e não a intenção de se matar. Outro aspecto encontrado foi com relação aos adolescentes não fazer qualquer referência à dor física que sentia na hora de se cortar, e sim um caráter apaziguante do ato. Há também sentimento de solidão e isolamento social. Percebeu-se também o caráter compulsivo da escarificação nos relatos.

Almeida *et. al.*, (2018) verificaram a necessidade de estudarem o tema autolesão sob o olhar da Psicologia na escola e fizeram uma revisão bibliográfica do tipo narrativa a respeito das contribuições da Psicologia Escolar/Educacional e automutilação na adolescência nas principais plataformas, enfocando-se no olhar da psicologia escolar.

Os resultados demonstraram a necessidade de atuação desse profissional nas escolas, já que são poucas as escolas e ações de prevenção que são planejadas e executadas na escola. Demonstrou que as ações em relação ao problema requerem uma atenção de educadores e psicólogos sob a visão holística dessa questão, contemplando não apenas as variações dessa prática e suas motivações, mas também as suas diferentes idealizações subjetivas por parte dos jovens, das influencias psicossociais que a permeiam a construção de identidade do adolescente.

Já os autores Ulbrich e Oselame Oliveira (2017) interessaram-se pela instituição escola, mas a partir do olhar quantitativo sobre os alunos. Com isso, descreveram os motivadores da ideação suicida e a relação com a autoagressão em adolescentes a partir de uma pesquisa transversal do tipo qualitativa descritiva. Eles realizaram a aplicação de um questionário contendo dezesseis perguntas fechadas e duas abertas com 17 adolescentes, com idades de 11 à 18 anos, de uma escola privada com alunos do ensino fundamental, médio e pré-vestibular na cidade de Pato Branco (PR).

Os autores destacam como resultado desta pesquisa que o comportamento autoagressivo e ideação suicida predominou no sexo feminino com 76,47% (n=13). Dentre os principais motivos que levaram ou levariam os adolescentes à autoagressão e o pensamento suicida, destacou-se a magoa ou raiva com 70,58% (n=12). Destaca-se que 35,29% (n=6) declararam já terem feito plano de cometer suicídio. Os adolescentes declararam que utilizavam a autoagressão como mecanismo de fuga, onde este ato seria a exteriorização da dor que sentiam na alma, era como se a angústia diminuísse com a dor física. Os resultados também demonstram que os adolescentes praticaram a automutilação, tendo como causas principais: o sofrimento

e/ou raiva, frustração ao longo da vida, solidão, ausência dos pais e influência dos amigos ao uso de álcool e drogas. Com relação ao período de escolaridade e gênero, as meninas, estudantes do ensino médio e já em fase pré-vestibular tentam mais o suicídio e praticam mais a autoagressão se comparado aos meninos e aos estudantes do ensino fundamental.

Cypriano e Oliveira (2017) continuam sob o mesmo olhar quantitativo sobre o fenômeno, no entanto, eles buscam correlaciona-lo com um outro fenômeno bastante característico do ambiente escolar. Os autores verificaram a incidência de “prática” e “vitimização” por bullying e correlações com as escalas SCARED e CDI; álcool; “pensamentos de ferir-se” e “comportamentos de ferir-se de propósito” para tanto foi realizado cálculo da ocorrência da forma direta de agressão em setenta e um escolares, com idade entre doze e dezessete anos, no contexto de estudo oferecendo treinamento baseado na Terapia Cognitiva Processual. Foi também calculada a correlação de Pearson e a análise de regressão linear, bem como a estatística descritiva da amostra (média e desvio padrão) na metodologia do estudo.

Os resultados encontrados demonstraram que o “Pensar em ferir-se” e “ferir-se de propósito” possuem correlação moderada e positiva com a prática de bullying. A análise de regressão mostrou que com relação ao “pensar em ferir-se” tem possibilidade de predizer significativamente a prática de bullying e explica 15% de sua variância. E quanto ao “ferir-se de propósito” tem potencial para predizer a prática da agressão, explicar 18% de sua variância e para predizê-la significativamente. O estudo concluiu que a ocorrência de violência na escola é alta, sugerindo-se psicoeducação sobre bullying e automutilação no ambiente escolar, tanto para os pais quanto para a população em geral.

Corroborando com a intenção de identificarem fatores que possam contribuir para a prática de autolesão em adolescente Santos et. al., (2018), através, um estudo de caso descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, realizado em três escolas do município de Patos-PB, sendo duas escolas públicas e uma privada visa compreender as causas e as consequência em relação a autolesão.

Para tanto, mediante o processo de amostragem não-probabilístico por conveniência dez participantes responderam a uma entrevista semiestruturada e questões sócio-demográficas que identificou os seguintes resultados: a prevalência do gênero feminino relativa a comportamentos de automutilação, como também, o manuseio de instrumentos cortantes sobre o corpo como sendo o tipo predominante

de automutilação. Além disso, pode identificar também alguns fatores que impulsionavam o ato de mutilar-se e suas consequências físicas, psicológicas e comportamentais. Deste modo, concluiu-se que é necessário a adoção de ações preventivas e possíveis intervenções nas escolas e para os familiares e comunidade geral, para somente assim, longitudinalmente, verificar a redução de casos de adolescentes que se automutilam.

Silva e Botti (2017) sentiram a necessidade, apesar de já existirem alguns estudos sobre revisão de bibliografia realizar uma nova busca ativa na literatura científica, mas associando o fenômeno da autolesão às fases do desenvolvimento humano no ciclo vital. Eles encontram 173 artigos a partir dos descritores self harm AND fator de risco na base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde.

Após leitura e análise crítica dos artigos emergiram duas categorias de análise: conceito polissêmico da automutilação e automutilação ao longo do ciclo vital. Verificou-se a existência de vários termos sobre o fenômeno e diversas definições. Quanto aos fatores de risco para o comportamento autolesivo identificou-se generalidades no ciclo vital, bem como fatores específicos para cada etapa. Ainda, observou-se a necessidade de estudos sobre os fatores protetores presentes na automutilação o que os levaram a concluir que o conhecimento sobre os fatores de risco auxiliará profissionais e estudiosos na identificação e manejo de casos e futuros estudos sobre automutilação.

Borges e Silva (2018) a partir do caso clínico de uma paciente que se automutilava, buscaram compreender as demandas e o sofrimento da paciente tentando aproximar os sintomas apresentado no decorrer dos atendimentos, a um embasamento teórico psicanalítico, cujo objetivo foi aprofundar nas questões subjetivas e inconscientes que constituem a singularidade dessa paciente. Com isso, os resultados encontrados foram que a forma de encontrar alívio instantâneo para o seu sofrimento emocional era através da automutilação, na qual transformava o insuportável em dor simbolizada, dando vazão àquilo que não encontrava outra forma de expressão. Acerca das questões relacionadas ao processo de automutilação, como forma de expressão do sofrimento, possibilitou algumas reflexões acerca desse tema, como o adoecimento do corpo relacionado ao sofrimento psíquico. Podendo ressaltar que mais importante que o acontecimento em si é o modo como ele acontece sobre o psiquismo do sujeito e é compreendido por ele.

Silva e Botti (2018) a partir do levantamento bibliográfico que realizaram no ano de 2017 para aprofundar a temática visaram nesta pesquisa estudar a caracterização do perfil de participantes de um grupo de automutilação em redes sociais virtuais. A pesquisa se caracterizou como exploratória, retrospectiva, com abordagem quantitativa. Na análise descritiva foi calculada a frequência absoluta e relativa. Para o cálculo da significância estatística, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Definindo os seguintes resultados: maior frequência do sexo feminino e status de relacionamento solteiro. Entre as regiões do Brasil foi observada maior frequência no Sudeste, e no Estado de São Paulo, que possui maior número de participantes. Os membros do grupo de automutilação são estudantes, principalmente, de instituições públicas (fundamental e médio).

Reis (2018) realiza um relato de experiência a partir da sua atuação junto ao Projeto: Silêncios Quebrados que objetivava a detecção e encaminhamento dos casos de automutilação nas escolas municipais de Teixeira, Bahia. O trabalho surgiu como da parceria entre a Secretaria Municipal de Educação deste município e a Faculdade de Psicologia local. Tal parceria deu-se devido à necessidade apresentada por várias escolas da rede em relação a demanda encontrada pelos professores e pais quanto a identificação de alunos que se autolesionavam e a dificuldade em lidarem com tal temática. O autor afirma que a partir da ação do projeto foi possível fazer algumas considerações acerca do fenômeno da automutilação em adolescentes sob as contribuições psicanalítica lacaniana.

Deste modo, para ele o adolescente que se machuca intencionalmente possui uma falha de significação no processo de simbolização que lhe causa um sofrimento no real. Há nesse caso, o sofrimento num corpo imaginário que não pode ser formulado em palavras, desencadeando o corte no corpo como algo inevitável. Para Reis (2018) essa complexidade do fenômeno encaminha-se para a seguinte compreensão: o adolescente que se autolesiona não pode ser “curado” somente por remédios, mas os profissionais de saúde que o atendem precisam atentar-se para o fator humano e permitir a ressignificação da dor por meio do contato com o outro e recorrendo-se à psicoterapia.

	NOME DO ARTIGO	AUTORES	REVISTA/ANO	OBJETIVO	ABORDAGEM
1	Relato de experiência: percepção acerca do significado dos cortes no corpo do adolescente	Bussmann, Camila Eleutério; Preto, Bernardete.	Revista Destaques Acadêmicos; 2017	Discutir sobre o significado dos cortes no corpo do adolescente, a partir da experiência de estágio realizada em uma Estratégia de Saúde da Família, onde foi realizado o acompanhamento de uma adolescente que se cortava.	Psicanálise
2	Mensagens sobre escarificações na internet: um estudo psicanalítico	Ferreira, Josani Campos; Costa, Paulo J.	Ayuvu Revista Psicologia; 2018	Analisar alguns depoimentos postados na internet por pessoas que se identificam como adolescentes do sexo feminino, procurando articular elementos que tornem possível uma compreensão psicanalítica do ato de escarificação.	Psicanálise
3	Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade	Fortes, Isabel; Macedo, Mônica M. Kother.	Revista Unisimon; 2017	Analisar relatos em blogs de adolescentes a partir da alteridade e suas repercussões no mal-estar da atualidade.	Psicanálise
4	A prática da automutilação na adolescência: O olhar da Psicologia Escolar/Educacional	Almeida, Rodrigo da Silva; Crysoim, Maria Sonia da Silva; Silva, Dionísio Souza; Peixoto, Sandra Patricia Lamenha.	Revista Caderno de Graduação Ciências Humanas e Sociais, 2018.	Realizar uma revisão bibliográfica do tipo narrativa que tem como objetivo apresentar as contribuições da Psicologia Escolar/Educacional diante da problemática da Automutilação na adolescência.	Revisão de Literatura
5	Motivadores da ideação suicida e a autoagressão em adolescentes	Ulbrich, Gislaine D. S.; Oselame, Gleidson B.; Oliveira, Elia M. Eduardo Borba.	Adolescência e Saúde; 2017.	Descrever os motivadores da ideação suicida e a autoagressão em adolescentes.	
6	Ocorrência do bullying e sua correlação com as escalas psicométricas Scared e cdi, o consumo de álcool e a automutilação em escola pública municipal de Salvador, Brasil	Cypriano, Cybele Oliveira, Irismar R.	Revistas de Ciências Médicas e Biológicas; 2017	Verificar a incidência de “prática” e “vitimização” por bullying e correlações com as escalas SCARED e CDI; álcool; “pensamentos de ferir-se” e “comportamentos de ferir-se de propósito”.	Terapia Cognitiva Processual
7	Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências	Amanda Albino dos S. Barros; Daniela Ribeiro; Lima, Brunno M.; Tamiris da Costa.	Revista Temas em Saúde; 2018	Compreender este fenômeno durante esse período do ciclo vital, buscando conhecer os fatores correlatos ao ato.	Análise do conteúdo

8	Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura	Silva, Aline Conceição; Botti N. Cristiane Lappann.	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; 2017	Identificar na literatura científica os fatores associados ao comportamento autolesivo deliberado no ciclo vital.	Revisão de literatura
9	Corpo e automutilação: um estudo de caso	Borges, Luciana Maurin; Silva; Jerto Cardoso.	Boletim entre CIS; 2018	Proporcionar reflexões, através de um estudo de caso, a partir do entendimento dos relatos, que permeiam a vida de uma paciente, atendida em psicoterapia individual no Serviço Integrado de Saúde – SIS, num período de seis meses.	Psicanálise
10	Caracterização do perfil de participantes de um grupo de automutilação no Facebook	Silva, Aline Conceição; Botti, Nadja C. Lappann.	Revista Salud e Sociedad; 2018	Caracterizar o perfil de participantes de um grupo de automutilação em redes sociais virtuais.	Quantitativa por meio do Qui-quadrado de Pearson
11	Automutilação: o encontro entre o real do sofrimento e o sofrimento real	Reis, Maurício de N.	Revista Polêmica; 2018	Aborda-se a incidência de automutilação em adolescentes do sexo feminino, com o conceito de angústia formulada por Lacan.	Psicanálise

Quadro 1: Síntese da revisão de artigos científicos. Fonte: Própria pesquisadora

TIPO	TÍTULO	AUTOR	UNIVERSIDADE/PROGRAMA	DATA
Tese	Relatório de Investigação de comportamentos autolesivos	Diogo Frasquilho Gerreiro	Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia de Lisboa - Portugal	2014
Dissertação	Comportamento autolesivo da pele e seus anexos: Definição, avaliação comportamental e intervenção	Marisa Richartz	Universidade Estadual de Londrina	2013
Tese	Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo	Jackeline Suzie Giusti	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	2013
Dissertação	Autolesão e produção de identidade	Renata Lopes Arcoverde	Mestrado em Psicologia Clínica Universidade Católica de Pernambuco	2013

Quadro 2: Síntese de teses e dissertações. Fonte: Própria pesquisadora

A nível mundial, a Europa apresenta maior quantidade de estudos, que se justifica por esse tema já envolver altas taxas de prevalência entre esse público. É o que demonstrou o relatório de investigação de “comportamentos autolesivos em adolescentes” de Lisboa, desenvolvido pela Faculdade de Medicina e Clínica Psiquiátrica e Psicológica de Lisboa-Portugal. O estudo buscou transversal, que durou entre os anos de 2010 e 2013, utilizou-se de questionário anónimo, em contexto de sala de aulas pesquisada, com aplicação de questionário socieodemográfico, rotinas de saúde, acontecimentos de vida, houve uso das escalas de estilos de vida e estratégias adaptativas (CASE) (GUERREIRO; SAMPAIO; FIGUEIRAS, 2014).

O público alvo do relatório, da Investigação de Comportamentos Autolesivos em Adolescentes dos autores acima, fruto da tese de Diogo Guerreiro, foi constituído por adolescentes em idade escolar que estivessem frequentando escolas públicas da zona da Grande Lisboa e que aceitassem responder ao questionário proposto com questões acerca da autolesão, independentemente se fossem adolescentes com o comportamento de se machucar ou não. A amostra contou com 1713 adolescentes, entre 12 e 20 anos de idade, de 14 escolas. O relatório que foi exposto a sociedade enfatizou principalmente a concatenação de dados epidemiológico acerca da

autolesão em adolescentes, conseguiu demonstrar que o comportamento é mais comum no sexo feminino, com prevalência de 10,5% contra 3,3% masculino.

Segundo o estudo 46% dos adolescentes apresentou mais do que um episódio de autolesão, cerca de 6% da amostra total relatou pensamentos de autolesão (sem o comportamento associado). Mostrou, ainda, que a maioria praticou o ato mais de uma vez e que apresentam preditores comuns a esse comportamento como, terem sido vítimas de bullying, negligência familiar e conflitos intrafamiliar, violência doméstica e abuso sexual. O que se pode observar que as redes interpessoais ligadas aos adolescentes estão diretamente influenciando-o, positiva ou negativamente.

O estudo supracitado comparou, ainda, os dados de prevalência encontrados em Lisboa com outras amostras europeias. Na Holanda a prevalência é de 5,5% em mulheres e 2% em homens, na Hungria é de 10,3% e 3,3% em homens, e na Austrália é de 9,5% em mulheres para 2,4% em homens. De modo que a proporção homem/mulher foi bastante semelhante entre os estudos, aproximadamente, o comportamento é realizado por um homem a cada três mulheres. O estudo concluiu que 13,5% dos adolescentes são ou poderão ser um potencial risco de saúde. É notório que no âmbito internacional esse tipo de postura dos adolescentes já é considerado um problema de saúde que requer atenção específica, com ações de promoção de saúde em contextos institucionais, como escola, e sociais desse público.

No Brasil, não há estatísticas oficiais sobre a autolesão em si, os dados oficiais que existem não diferenciam o tipo de lesão autoprovocada, incluindo-se nos dados oficiais a nomenclatura de agressão autoprovocada para comportamentos de suicídio, tentativa de suicídio, não deixando claro se há ou não registros sobre autolesão, já que este tipo de comportamento dificilmente chega aos serviços hospitalares, como afirmam Silva e Siqueira (2017).

Richartz (2013) em sua dissertação de mestrado fez um levantamento bibliográfico nas principais plataformas nacionais e internacionais de saúde que contivessem termos como autolesão, escarificação, automutilação, skinpicking, para analisar os aspectos de identificação e tratamento. Os resultados obtidos foram: a maior parte das intervenções foram direcionadas de forma individual e indireta, o que no público adolescente é pouco efetivo, pois a especificidade desse grupo requer maior envolvimento da família e, até, amigos como forma de aumentar a efetividade das intervenções. Ainda para os autores esses adolescentes possuem menos estratégias de resolução de problemas e as que eles utilizam são pouco eficazes,

como a redução de contato social e a autocrítica e apresentam risco maior de tentativa de suicídio.

Chaves et. al.; (2015) também realizaram uma pesquisa bibliográfica que visava identificar, na literatura científica no Brasil, estudos que tivessem como fim entender o problema da autolesão em adolescentes. Os resultados encontrados demonstram que há baixa produção no Brasil e os estudos que existem visam a correlação do comportamento com transtornos mentais. Evidenciaram que a autolesão em adolescentes gera um sentimento de vergonha e medo em quem mantém a conduta, o que contribui para que eles se escondam e evitem situações sociais. Apontam, ainda, alguns indícios que podem ser observados em adolescentes que podem estar com comportamento de autolesão: uso de roupas de manga longa, mesmo em dias de altas temperaturas; cicatrizes e lesões repetidas sem uma explicação coerente; isolamento e esquiva de atividades em grupos ou nas quais o seu corpo precise ser exposto. No entanto, essas são apenas algumas características, pois o comportamento de autolesão é complexo e requer uma avaliação adequada para entender os seus motivos.

Outro estudo realizado que auxilia a compreensão sobre a autolesão é o de Arcoverde e Soares (2012) que visaram identificar produção nacional e internacional entre os anos de 2000 a 2009 que evidenciasse fatores neuropsicológicos associados a condutas de autolesão. O resultado mostrou que 38% dos estudos relacionavam a conduta às dificuldades encontradas pelos adolescentes na resolução de problemas e na tomada de decisão, 24% impulsividade, 21% regulação emocional e 17% ao estresse psicológico, isso significa que a autolesão estaria correlacionada a problemas na região do córtex pré-frontal, responsável pelas funções neuronais dos déficits supracitados.

A tese de doutorado em ciências médica pela Universidade de São Paulo (USP) de Giusti (2013) objetivou comparar pacientes que procuram tratamento por manterem a prática de autoagressão ao corpo sem intenção suicida com pacientes que tinham o diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), para tentar correlacionar a impulsividade que há ou não na pessoa que se automutila. Com isso o estudo contou com a avaliação de 70 pacientes com média de idade de 29 anos, sendo que 40 com autolesão e 30 com TOC. Avaliação foi realizada por meio do uso de instrumentos como, entrevistas clínicas estruturadas de acordo com os eixos do DSM-IV, escalas de sintomas de Yale-Brown (Y-BOCS), escala de comportamento de automutilação

(FASM) entre outras. Os dados dos instrumentos foram analisados a partir do teste Qui-quadrado e das contribuições da bioestatística. Como resultado da análise desse estudo a autora pôde afirmar que os pacientes começaram a se automutilar em média aos 17 anos de idade e apresentam cinco tipos diferentes de realizar esse ato, tais como cortar-se (90%), cutucar ferimentos (75%), bater em si mesmo (67,5%).

A pesquisa acima evidenciou ainda os principais motivos pelos quais as pessoas se automutilavam, para sentimentos ruins (75%). Aliviar sensação de vazio (70%), se castigar (70%), sentir algo, mesmo que fosse dor (47,5%) e sentir-se relaxado (40%). Quanto a comparação o estudo destacou que o grupo com automutilação apresentou maior prevalência de transtorno de personalidade histriônica (22,5%) e transtorno de personalidade borderline (15%), destacando-se maior impulsividade e dificuldade de planejamento nos pacientes que somente se automutilavam do que nos com TOC. A pesquisadora concluiu que os pacientes adultos que apresentam o comportamento de automutilar-se iniciam na adolescência, sendo que são mais impulsivos do que compulsivos, que difere do TOC. Uma das maiores preocupações encontradas foi que na medida em que esses comportamentos iniciados na adolescência, mesmo que não chegam a de fato torna-se uma tentativa de suicídio, se não diagnóstica e intervir precocemente podem cronificar e ser fator de desenvolvimento de outros transtornos de personalidade e de humor.

Os estudos têm se tornado cada vez mais alinhados com o avanço tecnológico, já que na atualidade a internet tem ocupado uma parte significativa da vida das pessoas em sociedade, principalmente dos adolescentes. A partir desse novo olhar há alguns estudos que buscam entender o comportamento de autolesão a partir das declarações em redes sociais na internet.

Otto e Santos (2016) avaliaram em sua pesquisa relatos de adolescentes que se autolesionam a partir de mensagens em redes sociais e mídias webs, blogs, fan-pages, Tumblr. Afirmaram, nos resultados, que esses canais eletrônicos são muito utilizados pelos adolescentes como forma de compartilharem o sofrimento vivido com outras pessoas que também se autolesionam e que se sentem menos julgados nesses ambientes. Os autores afirmam que faz menos de uma década que a autolesão deixou de ser unicamente um sintoma do transtorno de personalidade borderline ou de outros transtornos mentais graves. Esse cenário foi aos poucos sendo modificado na medida em que houve aumento no número de casos em clínicas, escolas e hospitais e também da proliferação do tema nos ambientes virtuais.

Vilhena (2016) em seu estudo de caso clínico “corpo como tela... navalha como pincel. A escuta do corpo na clínica psicanalítica” buscou analisar o termo automutilação (em inglês *cutting*) também direcionou seu estudo para a análise das mensagens online de adolescentes que se automutilavam. E concluiu que a rede web era utilizada com dupla finalidade, tanto como forma de compartilhamento do sofrimento com outras pessoas de forma anônima, muitas vezes, sem que pudesse ser julgados por alguém e como um reforço para a manutenção do comportamento ao utilizar as marcas como um símbolo de que estão conseguido permanecer vivos, apesar da dor.

No entanto, as pesquisas que enfocam nos aspectos dos relatos na rede mundial de computadores, internet, evidenciam uma preocupação quanto ao caráter de reprodução desse comportamento por outras pessoas. Assim, tanto Vilhena (2016) quanto Otto e Santos relatam sobre o caráter epidêmico da autolesão nas redes sociais e que comunidades virtuais com finalidade de compartilhar essa prática são visitadas com frequência, fornecendo um meio de divulgação. Porém, há também na internet sites não oficiais de informações de autoajuda, mas sem mediação de profissionais especializados que buscam aconselhar e propiciar espaços de vivências positivas entre os praticantes, mas que como não possuem fundamentação científica na maioria, não foi possível validar seus aspectos positivos. Destacam ainda a importância de que há poucos estudos que visem a compreensão do aspecto epidêmico da autolesão no ambiente institucional como hospitais e escolas.

O estudo de dissertação de Arcoverde (2013), cujo objetivo foi analisar discursos na rede social Orkut de pessoas que se autolesionavam, corrobora com o pensamento dos autores supracitados e acrescenta que esse comportamento de “imitação” funciona para um senso de identidade ou pertencimento ao grupo, na medida em que são vistas pelas outras a partir desse ato. A autora afirma ainda que a “imitação” ocorre com frequência em ambiente coletivos, como hospitais, prisões e escolas, pois ao se observar que outras pessoas conseguiram vantagens com a conduta de autolesão, a pessoa pode se utilizar dele como ganho secundário.

A autolesão acontece comumente em espaços privados, nos quartos, banheiros de escola, e muitas vezes não chegam a fazer parte dos relatórios de saúde pública, já que não é comum a busca de ajuda em ambientes hospitalares, o que resulta em subnotificação de dados relacionados a esse comportamento. Alguns dos estudos demonstraram que apesar de serem feitos cortes superficiais em braços, pernas e

abdomens, podem progredir para comportamentos que ofereçam riscos à vida dessas pessoas. Todas essas situações requerem maior aprofundamento na compreensão da ação dessa atitude.

Conforme as discussões apresentadas acima acerca das dissertações e teses selecionadas nesse estudo, apresentou-se também um quadro 1 ilustrativo que visa auxiliar na compreensão das origens e datas dos estudos.

5.2.2 Colaboradores da pesquisa

A seleção dos colaboradores desta pesquisa baseou-se primeiramente no interesse de eles poderem transmitir suas experiências por meio de seus relatos. Logo, um critério amostral utilizado para selecionar os envolvidos foi o intencional, que segundo Gil (2012) em pesquisas qualitativas o que se deve buscar não é o aspecto numérico, mas a representatividade que possa possibilitar uma abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Com isso esta pesquisa contou com a participação voluntária de seis adolescentes com idades entre 13 e 16 anos, que residem e estudam na cidade de Boa Vista/RR em duas escolas, Escola A e Escola B, que mantiveram, ou ainda mantêm, comportamentos de autolesão, conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4: Critérios de Elegibilidade

Critério	Inclusão	Exclusão
Vivência de autolesão	Ter mantido ou manter o comportamento de autolesão.	Nunca ter se machucado intencionalmente.
Idade	Ser adolescente com idade entre 12 e 18 anos.*	Ser menor que 12 anos e maior que 18 anos de idade.
Escolaridade	Frequentar a escola	Não frequentar a escola
Comunicação	Ser capaz de falar por si mesmo durante a entrevista.	Não conseguir se expressar verbalmente.
Concordância com a participação na pesquisa	Assinatura do TALE pelo adolescente e a autorização dos responsáveis por meio do TCLE.	Não concordarem, responsáveis e/ou adolescente, em participar voluntariamente com os termos da pesquisa.

*Conforme determina a Lei 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA).**Fonte:** Própria pesquisadora.

Assim que o estudo foi autorizado pelas instituições, e que já havia aprovação do Comitê de ética para se coletar os dados, procedeu-se ao contato pessoal junto aos professores e equipe gestora das escolas com a finalidade de solicitar a

colaboração dos mesmos para a divulgação do estudo junto aos alunos. Importante frisar que este foi um momento crucial para a coleta dos adolescentes e a coerência com o método fenomenológico, já que mesmo havendo a identificação por meio desses profissionais, a voluntariedade é um critério imprescindível na pesquisa, inclusive na busca das vivências das experiências vivenciadas por estes adolescentes, principalmente pela própria característica de privacidade do comportamento de autolesão.

Por questões de privacidade, está pesquisadora optou por não caracterizar as duas instituições acerca de quem foram os adolescentes de cada uma, pois há o risco de eles serem identificados na devolutiva que será realizada a essas escolas e a própria publicação posteriori. Deste modo, será informado apenas aspectos mais gerais em relação a quem foram os alunos de cada escola, que chamaremos de Escola A e Escola B.

O contato aos adolescentes que se autolesionavam na Escola A foi realizado primeiramente por meio da indicação da Coordenadora escolar que listou 4 casos que tinham conhecimento que mantinham tal prática. No entanto, segundo as informações passadas pelo setor, um dos alunos não preenchiam os critérios de elegibilidade (QUADRO 4), tendo em vista que extrapolavam a idade de 18 anos.

A seguir encontra-se um quadro resumo com as principais informações dos participantes da pesquisa, cujos nomes são fictícios para respeitar a ética diante do princípio do sigilo da identidade dos mesmos. Há ainda uma breve descrição sobre aspectos relevantes de cada um (QUADRO 5).

Quadro 5: Caracterizando os participantes:

Nomes	ANDORINHA	CANÁRIO	GAVIÃO	AGUIA	BEIJA-FLOR	FÊNIX
Idade	13 anos	13 anos	16 anos	13 anos	16 anos	13 anos
Gênero	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Série Escolar	8º anos do Fundamental	7º ano do Fundamental	1º ano do Ensino Médio	7º ano do Fundamental	1º ano do Ensino Médio	9º anos
Mora com:	Mãe, padrasto e um irmão mais velho.	Mãe	Pai e mãe	Mãe	Os avós e uma irmã	Mãe e irmã menor
Tratamento médico e/ou terapêutico	Não faz	Não faz	Faz tratamento no CAPs	Faz tratamento particular	Não faz	Já fez, mas não faz no momento.
Escola do colaborador	ESCOLA B	ESCOLA A	ESCOLA B	ESCOLA A	ESCOLA B	ESCOLA B

Fonte: Própria pesquisadora

Para identificação dos colaboradores deste estudo, escolheu-se nomes de pássaros, principalmente pela capacidade de vôo, o que simboliza para os adolescentes uma busca de liberdade que está relacionada com os fundamentos epistemológicos da teoria de Stein ao se referir aos atos livres.

5.2.3 Aspectos éticos

Esta pesquisa respeita e segue todos preceitos preconizados pela resolução 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Ela faz parte de um conjunto de iniciativas de pesquisas em desenvolvimento, abarcadas em um grande projeto Guarda-chuva intitulado “Estudos em saúde e saúde mental do usuário, da família, do profissional e do trabalhador na rede e na comunidade: um olhar da Psicologia” da professora orientadora Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula aprovado no Comitê de ética.

O procedimento de coleta de dados somente foi iniciado após a notificação e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima, cuja aprovação deu-se por meio do CAAE: 58455916.5.000.5302 e o Número do Parecer: 1.669.458.

Todos os colaboradores e seus responsáveis legais receberam e assinaram, voluntariamente, o Termo Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) de modo que nenhum adolescente contribuiu sem que seus responsáveis autorizassem e sem que eles aceitassem.

Todos foram informados sobre a voluntariedade, a relevância, os riscos e benefícios, além da desistência em qualquer momento da pesquisa e do sigilo de suas identidades.

5.2.4 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com adolescentes de duas escolas públicas da cidade de Boa Vista/RR. A escola A atendia alunos a partir do 5º ano do Ensino Fundamental até o Ensino Médio possui uma equipe de professores e orientação pedagógica, além da equipe de gestão escolar, mas não contém em sua equipe profissional de saúde mental.

Já a Escola B que atende alunos desde o primeiro ano do Ensino Fundamental 1 até o Ensino Médio, conta com equipe multiprofissional que vai além dos professores e gestores escolares, pois conta com a presença do Psicólogo Escolar na sua organização. Este serviço de Psicologia faz parte da rotina escolar a cerca de um ano e meio, segundo a escola.

As entrevistas dos adolescentes da Escola A deram-se na própria escola, em uma sala de aula não ocupada, pois era uma sala reservada para a guarda de matérias pouco utilizados da escola. A equipe gestora reservou à pesquisadora o horário oposto ao horário de aula dos alunos que se voluntariam.

E as entrevistas na Escola B foram realizadas em uma sala bem estruturada afastada da área da gestão e específica do Setor de Psicologia da escola.

5.2.5 Procedimentos de Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora durante os meses de março e maio de 2018.

Vale destacar que na coleta de dados a pesquisadora procedeu, mediante autorização escolar, ao contato com os adolescentes para apresentar-lhes sobre a pesquisa e convidá-los a serem sujeitos. Esse foi um momento de acolhida e apresentação aos adolescentes do que se tratava a pesquisa de forma a buscar ao máximo minimizar qualquer exposição aos mesmos. Feito isso, foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e (TCLE), que deveria ser assinado pelos pais e/ou responsáveis e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), que deveria ser assinado pelos próprios adolescentes.

Todos os três alunos da Escola A manifestaram interesse em participar voluntariamente. Com isso, solicitou o contato telefônico dos pais e/ou responsáveis para que esta pesquisadora pudesse ter um contato prévio, com uma breve apresentação pessoal do objetivo do estudo, além de informar a assinatura do TCLE e TALE por seus filhos, assim como definir um momento e local adequado para que eles, se quisessem ter um contato pessoal com a pesquisadora tivessem, tendo em vista que as entrevistas seriam seus filhos e não eles, por isso o quesito de voluntariedade quanto ao contato com a pesquisadora para dúvidas.

A todos os adolescentes e aos pais foi informado que os documentos ficariam sob suas posses pelo prazo de uma semana para que pudessem refletir. Findo este período a pesquisadora retornou à escola e coletou os documentos assinados, além de novamente ser reforçado sobre a voluntariedade e sobre os objetivos da pesquisa, foi também definido, junto aos adolescentes, o local, data e horário das entrevistas que seriam realizados com eles. Todos foram novamente cientificados sobre como ocorreria o procedimento de coleta e sobre a áudio-gravação da entrevista, além do anonimato, duração provável da entrevista, no entanto um dos pais dos adolescentes da Escola A não permitiu a participação do filho na pesquisa, sendo tal atitude respeitada. Com isso foram entrevistados dois alunos da escola A conforme os critérios do Quadro 4.

O procedimento de contato com a Escola B foi similar, diferenciando-se em alguns aspectos. Tais como, o fato de a pesquisadora fazer parte da estrutura laboral da escola, como psicóloga escolar. Com isso, também foi realizada a solicitação de autorização da gestão para a realização da coleta de dados por meio dos documentos já mencionados na descrição do contato com a escola A.

Já se sabia da existência de adolescentes na Escola B que se autolesionavam, pois o setor de Psicologia Escolar estava atuando junto a escola na identificação desses casos. Desse modo, foi identificado cerca de oito casos específicos. O contato entre pesquisadora e colaborador deu-se mediado pelo setor de psicologia que mostrou quais eram os adolescentes. Do mesmo modo, os critérios éticos e documentos do TCLE e TALE foram apresentados a todos e o mesmo procedimento operacional de contato com o familiar responsável.

Vale ressaltar que no caso da Escola B, todos os oito alunos identificados preenchiam os critérios de elegibilidade quanto a idade e a manutenção da autolesão, no entanto, quatro foram excluídos porque em dois casos os pais não permitiram a participação e os outros dois adolescentes disseram que não tinham interesse em participar. Com isso, houve a entrevista com apenas quatro adolescentes da Escola B, conforme o Quadro 4.

Na Escola B as entrevistas ocorreram também durante o período oposto as aulas e na sala de atendimento do setor de psicologia.

Foi realizada a entrevista fenomenológica. Essa modalidade de entrevista visa a descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre o fenômeno. Ela teve algumas perguntas, em linguagem simples, não científica, que

fosse de fácil compreensão para o participante convidado no estudo. Ela também tem caráter terapêutico, tendo em vista que ao se rememorar as suas experiências vividas os participantes tiveram a oportunidade de ressignificarem por meio da tomada de consciência de seus atos as suas experiências. Nesse tipo de entrevista o entrevistador tem um papel ativo.

De modo que não basta apenas fazer uma pergunta e deixar que a entrevista ocorra por si só, pois o entrevistador deve ser um ouvinte ativo, ter um olhar atento e empático suspendendo ao máximo os seus julgamentos, crenças e valores sobre o que se ouve. (GIORGI; SOUSA, 2010; AMATUZZI, 2010).

As entrevistas foram realizadas de forma individual, todos foram comunicados sobre a áudio-gravação das entrevistas antes que as mesmas começassem. O início das entrevistas se deu destacando que a participação seria voluntária com a seguinte pergunta norteadora: **“Conte-me como é/era para você quando sente/sentia vontade de se machucar?”** A partir daí foram surgindo outras questões para auxiliar a responder o objetivo do estudo.

Durante todo o contato com os adolescentes, e principalmente, na hora da entrevista em si, buscou-se exercer, enquanto pesquisadora, um papel de facilitadora para que eles pudessem relatar suas experiências vividas durante os momentos em que se autolesionaram de forma livre.

6 RESULTADOS OBTIDOS, DESCRIÇÃO E SÍNTESE DOS SIGNIFICADOS DA EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS ADOLESCENTES

Considerando que a análise dos dados foi realizada por meio do método fenomenológico, no primeiro momento foi realizada as transcrições na íntegra das narrativas dos adolescentes das duas escolas colhidas através da entrevista fenomenológica. Posteriormente, seguindo os passos do método fenomenológico-empírico de Giorgi e Sousa (2010) e revisado e com o acréscimo da orientação de análise das vivências psíquicas conforme, Feijoo e Goto (2016) e Espíndula e Goto (2019), estabeleceram-se os seguintes momentos: No primeiro momento, com todas as narrativas escritas, houve uma leitura geral do todo do que cada colaborador relatou, sob uma postura do pesquisador de suspensão fenomenológica da pesquisadora, e em seguida buscou-se estabelecer as Unidades de Significado.

No segundo momento, a pesquisadora ateve-se a transformar essas Unidades encontradas em Expressões de caráter psicológico, para em seguida partir para o terceiro momento. Aqui conseguiu-se estabelecer uma Estrutura Geral de Significados Psicológicos, destacando-se o que apareceu em todas as narrativas, que era comum a todos colaboradores entrevistados (Unidades de Significado Psicológico Invariantes) e os aspectos mais peculiares, particularidades do vivido por cada colaborador (Unidades de Significado Psicológico variantes). Vale ressaltar, que só por meio do estabelecimento dessas Unidades é que se foi buscar uma compreensão da totalidade das vivências relatadas pelos seis adolescentes.

E, por fim, a partir da elaboração dessa síntese geral de Significados Psicológicos (variantes e invariantes) a respeito do tema estudado, que só pode ser construída por meio da utilização da pesquisadora da variação livre imaginativa com a finalidade de se atingir essência do objeto aqui estudado, estabeleceu-se o quarto momento do método. Nesse momento, buscou-se encontrar e analisar as vivências psíquicas presentes nos significados das experiências.

Com isso o fenômeno psíquico pesquisado foi expresso em estruturas de acordo com os componentes das Unidades de Significado (temas) que foram consideradas como constituintes essenciais desse estudo, ou seja, a essência psicológica do fenômeno vivido pelos adolescentes aqui estudados.

6.1 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO

A partir do método de Giorgi e Souza (2010) reformulado por Feijóo e Goto (2016) e revisto por Espíndula e Goto (2019), através das análises das entrevistas, foram encontradas as seguintes sínteses descritivas das narrativas:

Andorinha é uma adolescente de 13 anos que possui histórico de autolesão há pelo menos 6 meses, não faz nenhum tipo de tratamento psicológico atualmente, mesmo a família tendo conhecimento da prática. Seus pais são separados, é filha mais nova de quatro filhos que sua mãe teve. Mora atualmente com a mãe, o padrasto e um dos irmãos, já que as outras duas irmãs são casadas. Andorinha relata que existem duas casas no mesmo quintal que mora, em uma mora o padrasto e a mãe e na outra ela e o irmão, que é usuário de drogas desde os 18 anos e agora tem 20 anos, segundo ela ele quase não fica em casa. Ela também diz ter mudado a vida dela desde o suicídio da avó materna, que ocorreu no próprio quintal de casa, quando ela tinha apenas 9 anos. De acordo com ela, tudo começou a mudar na vida dela nessa época, ela afirma que ela e a mãe eram muito apegadas, mas sua mãe se distanciou um pouco dela e em seguida separou-se de seu pai.

Ela acredita que isso não tenha relação com os machucados que faz em si mesma, pois ela só começou a fazer há menos de um ano, mas pensa que talvez tenham alguma relação com o rumo que a vida dela tomou. Andorinha diz que não gosta do padrasto dela, porque acredita que ele manipula a mãe dela e percebe que ele não faz bem para sua mãe, além do que ele faz com que ela se afaste mais ainda dela. Quanto a sua relação social, ela não frequenta igreja, apenas a escola. Logo, suas amizades ou estão relacionadas com os colegas de escola ou amizades virtuais, que segundo afirmou pouco usa. Na escola ela se autoafirma como uma pessoa extrovertida, que está sempre com um sorriso no rosto, que é para ninguém ficar perguntando o que ela tem, e que apesar de falar com muitas pessoas da escola, não tem muitos amigos de verdade que possa confiar, mesmo está frequentando essa escola há quase 3 anos.

Canário tem 13 anos e relata que já se machucou intencionalmente algumas vezes no ano de 2017, mas que não faz frequentemente. De acordo com ele, ele nunca pensou que faria isso, até porque ele sempre foi contra esse tipo de ação, pois quando via que algum colega de escola estava fazendo, ele orientava para não fazer, mas quando se percebeu já estava fazendo também, disse que isso o assustou.

Canário é filho único e até meados de 2017, seus pais separaram-se, ficando com sua mãe.

Ele afirma que esse conflito conjugal dos pais tem relação com sua identidade sexual, tendo em vista que seus pais descobriram que ele gostava de meninos. Para ele essa não aceitação de quem ele realmente é pelos pais dele o deixou muito triste a ponto de talvez ter contribuído para que ele buscasse nos machucados uma forma de lidar com o que sentia, mas relata ter se arrependido e com a ajuda dos colegas da escola tem tentado parar. Ele falou que sua mãe apesar de saber que ele se machucava, não fez nada, simplesmente disse a ele que era “frescura” e “falta de Deus” e o quis levar a mais encontros na igreja. Isso fez com que ele se sentisse mais mal-estar em relação a sua família, mas o que amenizar também esse conflito é o fato de ele ter amigos que pode confiar.

Gavião tem 16 anos, mora com os pais e é filho único. Relatou que foi buscar na autolesão uma forma de lidar com os pensamentos que tinha sobre não se sentir suficientemente um bom filho e nem namorado, já que na passagem do primeiro para o segundo ano do Ensino Médio ele ficou reprovado e teve que se afastar da sua namorada, que era da sua antiga turma, pois os pais dela não o queriam mais próximo a ela. Ele diz não se aceitar como é, não gostar do seu rosto, mesmo que as pessoas digam que ele é bonito e legal. Gavião diz que tudo piorou quando ele percebeu que iria ficar de ano, pois teve medo de decepcionar todo mundo, então foi quando ele começou a se afastar de todos, deixou inclusive de jogar bola com os amigos e passou a ficar só ouvindo músicas, isso foi antes de ele ficar reprovado de fato. Foi nesse período que ele fez os primeiros machucados, que foi na região abdominal.

Quando ele ficou reprovado de fato, ele se sentiu pior a ponto de não querer mais viver, o que o fez tentar o suicídio por meio de remédios. Gavião afirma que seus pais são pessoas boas, mas sente que eles não conversam com ele, que eles só se importavam se ele estava tirando boas notas na escola e frequentando a igreja, pois são adventistas, mas que depois desse dia que tomou os remédios e sua mãe o encontrou e o levou ao hospital geral, ele percebeu que eles se importavam com ele. Ele agora faz acompanhamento psicológico e psiquiátrico no CAPS e acredita que com essa ajuda e a de sua família e amigos ele está melhorando e aprendendo a gostar mais de si mesmo.

Águia tem 13 anos sempre morou com a mãe e a irmã mais velha, não conhece o pai. Afirmou que nunca teve um relacionamento com muito diálogo com a mãe, já

que a mesma sempre trabalhou e estudou o tempo todo e que o contato dela era mais com irmã. No final de 2016 a irmã começou a namorar e a se aproximar mais do namorado a ponto de em 2017 resolverem mudar de Estado para tentarem uma vida melhor juntos. Com a partida da irmã para outra cidade Águia passou a sentir sozinha e ter mais dificuldades em lidar com suas relações escolares, pois disse que por ser muito magra e ter muitas espinhas no rosto era constantemente motivos de risadas e brincadeiras de mal gosto por parte dos colegas da escola. Menciona que isso passou a incomodá-la tanto que não tinha vontade de ir à escola e que só queria ficar em casa, mas ela ainda ia à escola porque tinha três amigas que tentava ajudar ela e que ela gostava muito. Ela afirma que nunca pensou em se matar, mas sentia-se como se tivesse um vazio dentro de si, e que a falta da irmã a deixava muito mal. Para lidar com isso e diminuir a dor emocional que sentia ela começou a se autolesionar. Com a descoberta da mãe do que ela estava fazendo, fazia três meses, ela foi levada para fazer a uma psicóloga e a um dermatologista, já que existiam algumas cicatrizes em seus braços.

Beija-flor tem 16 anos diz que não possui uma boa relação com a mãe e que vivencia intensos conflitos, mesmo não morando com ela. Beija-flor mora com a avó materna desde os seus 8 anos de idade e sua mãe mora em uma casa ao lado da avó com outro marido, que não é o pai de Beija-flor. Ela passou a morar com avó por não se relacionar bem com o companheiro de sua mãe. Ela fala que a única pessoa que gosta dela é avó e que sempre teve muito medo de perdê-la. Ela disse que se cobra muito por que estuda em uma escola “boa” e que teria que tirar boas notas, mas que se sente incapaz de fazer isso porque acredita não ser uma boa aluna. Disse que há dois anos começou a ter crises de ansiedade na escola, mas que na época não se cortava, mas foram ficando mais fortes e ela não conseguiu falar com ninguém sobre o assunto e nem lidar com elas. Então foi por meio dos “riscos que fazia em seus braços” que lidavam com a raiva de não tirar uma boa nota, com as brigas que tinha com a mãe e com os amigos. Isso fez com que ela mantivesse esse comportamento por quase um ano, que só diminuiu depois que seus amigos resolveram pedir ajuda e comunicaram a vó. Foi levada ao CAPS para trabalhar a ansiedade e parar com os cortes e relatou ter tido suporte da escola por meio dos amigos e do setor de Psicologia.

Fênix com apenas 13 anos já vivenciou intensos conflitos em sua vida. Os seus pais são separados desde que ela ainda era bebê e sua mãe recasou-se novamente

quando ela era criança e lhe deu uma irmã. No entanto, sua mãe separou-se novamente quando ela tinha 10 anos e começou a beber constantemente e posteriormente a fazer uso de substâncias psicoativas ilegais. Disse que nesse período presenciou a mãe passando mal no banheiro tentando tomar vários remédios e que naquele momento havia empurrado-a para que não ingerisse, sentiu-se culpada por ter feito aquilo com a mãe. Sua mãe foi levada para tratamento de dependência química e ela e a irmã foram morar com a avó materna e com os cuidados de uma tia. Durante esse período ela passou a evitar sair de casa, isolou-se na escola e não tinha amigos e nem colegas, apenas jogava online e pintava.

Com isso, Fênix passou a se machucar para aliviar sofrimento por ela sentindo, até quase dois anos, quando sua tia descobriu e a levou para fazer tratamento psiquiátrico e psicológico particular. Ela disse que tomava vários remédios e que depois que sua mãe voltou ela continuou com o tratamento por pouco tempo, pois sua mãe disse que não queria que ela ficasse dopada por remédios. Relata que atualmente não se machuca mais, mas que ainda tem desejo e que não faz mais acompanhamento, pois abandonou-o.

A partir dos relatos das vivências pelos adolescentes, da transcrição na íntegra e da síntese descritiva das narrativas de cada colaborador, conforme o método empírico-fenomenológico foram encontradas quadro unidades de significados comuns a todos (invariantes). As unidades invariantes foram “Meu corpo marcado: Buscando aliviar a vivência sofrimento subjetivo; Vivência de conflitos nas relações intersubjetivas dos adolescentes que se autolesiona; Vivendo entre o “normal” e o patológico e Expressões de sentimentos e emoções ligados ao ato de machucar-se

Pôde-se identificar também em alguns relatos outras unidades de significado particular (variantes) indicativo ao tema afetivo como, a relação com a ajuda profissional e a existência da rede apoio psicossocial.

Assim, a seguir há a descrição de cada constituinte essencial de modo mais aprofundado, centralizados em quatro temas principais (Unidades de significado) exemplificando-se com as citações diretas de cada participante e seus respectivos subtemas quando couber e couber e uma breve síntese das US no quadro 6 abaixo.

Quadro 6: Síntese das Unidades de Significados (Eixos Temáticos)

US (Eixos Temáticos Essenciais)	Sub eixos	Tipo da US	Objetivo da US
A1) Meu corpo marcado: Buscando aliviar a vivência sofrimento subjetivo	A1.1) Problemas relacionados a autoaceitação e a percepção de si	Invariante	Explorar os significados psicológicos atribuídos pelos colaboradores quanto à motivação para se autolesionarem, enfatizando principalmente as vivências corpóreas.
A2) Vivendo entre o “normal” e o patológico		Invariante	Nesta US constam os significados encontrados que se referiam à impulsividade, ansiedade e aos aspectos característico da vivência de adolescente a partir do modo como atribuíram sentido ao se tornarem consciente dos atos que faziam.
A3) Vivência de conflitos nas relações intersubjetivas dos adolescentes que se autolesiona		Invariante	Descrever a relação estabelecida pelos adolescentes quanto as vivências de conflitos intersubjetivos e a autolesão, focando-se no modo como os significados atribuídos a cada vivência conflitual interferia (interferi) no comportamento de autolesão.
A4) Expressões de sentimentos e emoções ligados ao ato de machucar-se	A4.1) A vivência da descoberta	Invariante	Descrever os significados atribuídos em relação ao momento de que a autolesão deixa de ser um ato oculto e a família, amigos e escola passam a ter ciência de sua existência, bem como os sentimentos e emoções vividos por eles após a realização do cutting.
	A4.2) Dificuldade de demonstrar o que sente para as pessoas próximas	Invariante	
	A4.3) Vivências posteriores a prática da automutilação Dificuldade de demonstrar o que sente para as pessoas próximas	Invariante	
B1) A existência da rede apoio psicossocial		Variante	A percepção dos adolescentes em relação a existência de suporte emocional, social e psicológico oferecido por suas famílias, amigos e escola e como esse suporte influencia na autolesão.
B2) A relação com a ajuda profissional		Variante	Nem todos os adolescentes tiveram contato com profissionais especializados na temática de saúde mental, nesta US encontram-se os significados das vivências dos adolescentes que tiveram essa experiência e como lidaram com isso.

Fonte: Própria pesquisadora

A) UNIDADES DE SIGNIFICADO INVARIANTES

Nesta seção constam a descrição dos resultados invariantes aos quais os adolescentes atribuíram significado psíquico ao fenômeno estudado. As invariantes estão divididas em quatro unidades. Dentre elas, a US que se refere ao “Meu corpo marcado: Buscando alívio das vivências de sofrimento subjetivo” possui uma subcategoria denominada de “problemas relacionados a autoaceitação e a percepção de si”. A US “Expressões de sentimentos e emoções ligados ao ato de machucar-se” possui três subcategorias, conforme Quadro 5.

A1) Meu corpo marcado: Buscando alívio das vivências de sofrimento subjetivo

Nesta Unidade encontram-se os significados psíquicos relacionados aos motivos que levaram os adolescentes a buscarem a autolesão, bem como constam as especificações da autolesão em si. Ou seja, o que os levavam a machucar-se, como faziam, onde e o que utilizavam para realizar tal ato.

Em todos os relatos dos adolescentes desta pesquisa apareceram as vivências dos sentimentos de angústia, desespero e conflito antes de se machucarem. Eles também expressam o sofrimento psíquico e emocional relacionado aos familiares, à escola e à comunidade vividas por eles. Embora expressem a dor vivida por não conseguirem lidar com seus pensamentos, sentimentos e suas relações interpessoais o que contribuiu para compreender que a vivência de sofrimento estaria imbricada, de maior ou menor intensidade a todas as demais constituintes, mas que se fez necessário que estivesse aqui sozinha para aprofundamento sobre os significados atribuídos pelos adolescentes. Assim, como o uso dos seus próprios corpos como meio para diminuir a percepção dessa vivência de dor e vazio.

Os trechos abaixo exemplificam diferentes momentos em que os adolescentes vivenciaram o sofrimento emocional:

Às vezes eu também me sinto angustiada [...] ponho um sorriso no rosto para esconder das pessoas o que eu realmente estou sentindo [...] é mais fácil do que ter de explicar porque eu estou triste [...] ai todo mundo acha que eu só vivo sorrindo e que sou super feliz, mas elas nem percebem que eu não estou bem [...] Minha cabeça [...] vive cheia de pensamentos ruins não consigo pensar em coisas boas [...] (Andorinha, 13 anos).

Eu comecei a me cortar, eu precisava fazer isso, não aguentava mais me sentir daquele jeito [...] (Canário, 13 anos).

[...] eu estava me sentindo cada vez pior, não conseguia falar com ninguém sobre o que sentia porque ninguém se importa comigo [...] (Beija-flor, 16 anos).

Os pensamentos ruins na minha cabeça só aumentaram e eu acabei fazendo besteira das quais não me orgulho (Gavião, 16 anos).

Eu tinha (tenho às vezes ainda) dificuldades para dormir. E a noite enquanto todos dormiam, a minha cabeça ficava barulhenta. Parece que tem várias de mim, acho que foi por causa disso que para fazer parar esses pensamentos eu me arranhava, ajudava um pouco [...] Fiz sem pensar [...] só queria que eles (pensamentos ruins) fossem embora, era como se a dor que eu sentia no meu ser, só parasse se eu fizesse algo no meu corpo, então eu fazia[...] (Fênix, 13 anos).

É possível perceber no relato de Fênix acima um ponto importante da vivência do sofrimento, que se relaciona com a temporalidade. O tempo da dor não se releva ao adolescente apenas como algo no passado, mas como um presente que se mistura com um passado ao qual ela não consegue definir exatamente, mas que o sente como se fosse presente ainda.

Pode-se destacar, ainda, que houve a presença de vivência de sofrimento em situações que não antecederam diretamente à execução do fenômeno de autolesão, mas que tinham algum tipo de relação com ele. Como o sofrimento apresentado na vivência de conflitos interpessoais e intrapessoais que eram motivadores para buscarem na autolesão aliviar a dor, como vê-se no relato abaixo:

Eu sinto muita raiva, fico triste também. Fico com raiva de mim... já tive até vontade de sumir, desaparecer, assim meus problemas e o da minha mãe acabariam [...] Eu ficava pensando que aquilo que eu queria era errado, era pecado, ao mesmo tempo eu pensava que eu tinha que ser feliz, aí eu pensei que se eu me cortasse tudo ia ficar melhor... (Canário, 13 anos).

É possível observar que os adolescentes sofriam ao perceberem que não conseguiam manter-se longe do desejo de se machucar novamente, causando-lhes angústia e medo de não conseguirem lidar com o seu corpo vivo.

[...] como eu falei, depois que me cortei a primeira vez, fiz de novo, e de novo, se tornou um vício, não consegui mais parar... é como se eu não conseguisse ter controle sobre o meu próprio corpo e nem minha mente...(Beija-flor, 16 anos).

Para os adolescentes o sofrimento estava atrelado a situações e sentimentos aos quais tinham dificuldades de lidar com as emoções, o que lhes causavam sentimentos ambivalentes em relação a situações enfrentadas. Durante essas vivências de sofrimento havia um aumento significativo de tensão emocional negativa, que não permitia uma compreensão clara e assertiva que pudessem propiciar situações que os desagradavam e os incomodavam profundamente, a ponto de buscarem na autolesão o alívio da dor por eles percebidas como “pensamentos ruins”. Uma dor que diziam sentir de forma insuportável e que dominavam suas mentes.

Com isso a prática da autolesão para os adolescentes era percebida como solução para a dor que sentia e também a causa do sofrimento vivido, o que se tornava um ciclo de manutenção do fenômeno.

Quanto ao modo como definiam o ato de se machucarem, todos os adolescentes referiam-se ao corte quando sentiam algum mal-estar, agiam com impulso para amenizar a dor e sofrimento. Depois, eles têm consciência dos cortes (*cutting*) feitos neles e arrependimento (eles não queriam se machucar, mas amenizar a dor). No entanto, mesmo que o corte tenha sido o comum entre todos, houveram relatos de outros comportamentos com intenção de se machucarem como meio de alívio de tensão emocional, tais como bater a cabeça e mãos contra paredes e arranhar-se. Vemos isso nos trechos abaixo de Gavião e Beija-flor:

Eu cheguei a me machucar algumas vezes, bater minha cabeça na parede, esmurrar e até me cortar, mas isso foi antes de ficar reprovado, bem antes mesmo, só os cortes que fiz depois da reprovação [...] (Gavião, 16 anos).

Eu já havia me machucado antes batendo minhas mãos na parede ou no meu rosto, mas não com frequência [...] (Beija-flor, 16 anos).

Ainda com relação a esse aspecto do fenômeno, é possível observar que os adolescentes mantiveram esses outros comportamentos não juntamente ao corte, mas anterior a ele, como uma transição entre as formas de autolesão praticadas por ele, iniciando com bater-se contra outra superfície e progredindo para a escarificação (ato de cortar-se intencionalmente).

Com relação a vivência do momento da autolesão, os adolescentes relataram o que buscavam com a ação, como se viam durante e após, além dos locais que mais faziam os cortes em seus corpos, bem como o que utilizavam para fazer e em que ambientes faziam.

Observou-se nos relatos dos entrevistados que a maioria possuía em suas histórias de vida no momento anterior a tomada de decisão de início da autolesão, a vivência de situações consideradas por eles como de intensa dor, a qual não conseguia lidar de outra maneira, se não se machucando. Com isso, percebemos que eles tinham consciência do que estavam buscando ao se machucarem, “o alívio da dor” e “parar com os pensamentos ruins” como afirmaram em suas falas:

Fiz sem pensar e funcionou, o problema é que não diminuiu, só aumentou [...] sempre joguei muitos jogos online e em um desses, eu conheci um garoto do Rio Grande do Sul, que estava mal. Começamos a conversar e ele me disse que tinha depressão, daí fiquei pensando se era isso que eu tinha, mas não falei para ninguém. Ai teve uma vez que estávamos conversando e ele me disse que naquele dia ele quase não entrava no jogo porque tinha tido uma crise, eu perguntei como era essa crise. Ele me disse que tinha discutido com a mãe dele e que tinha se cortado com uma faca, eu fiquei muito assustada, na hora me veio a imagem da minha mãe na cabeça, aquilo me bateu um desespero, eu achei que ele estava tentando se matar. Na hora eu falei para ele parar com isso, desconversei e sai do jogo. Só que aquilo ficou na minha cabeça. Parece uma coisa né, eu achei horrível o que ele havia feito, mas em uma dessas noites de desespero eu fui na cozinha beber água e tinha uma faca de mesa sobre a pia, aí para parar aquela sensação que parecia me deixar com falta de ar e minha cabeça explodindo, eu peguei aquela faca e fiz um risco no meu braço, só que eu não queria me matar, eu juro. Foi novamente sem pensar, eu só peguei e fiz, eu não pensei na hora, eu só queria que aquilo saísse de mim [...] (Fênix, 13 anos).

Eu nem lembro direito quando foi a primeira vez, eu só sei que foi bem na época que eu não consegui ir bem na escola e não conseguia achar e nem achei ainda algo que eu fosse bom, era como se eu fosse um ninguém [...] Quando eu me cortava era como se tudo de ruim que eu sentia sumisse, e sempre dava vontade de fazer mais e mais, eu pegava qualquer coisa que tivesse no momento na minha frente[...] (Gavião, 16 anos).

A primeira vez que eu me cortei foi ano passado (2017) foi depois de uma briga que eu tive com minha mãe [...]. Eu queria arrancar aquela dor que eu sentia no meu peito uma coisa que pesava aquilo estava me sufocando, então quando eu me cortei, me senti aliviada na hora, mas não durou [...]. Na hora que a gente tá se cortando, a gente fica sem sentir a dor do corte, é como se aquele sangue escorrendo fossem as coisas ruins que estavam dentro da gente saindo. É uma dor muito menor do que a dor do peito apertado (Andorinha, 13 anos).

Na hora que eu quero me cortar, eu sinto um vazio dentro de mim, ai quando eu corto o meu corpo fica cheio, cheio de energia, muita energia mesmo só que não dura [...]. É como se o remédio passasse o efeito [...] (Canário, 13 anos).

A primeira vez que fiz foi só um risquinho de nada, foi bem na época que eu comecei a sentir muita saudade da minha irmã [...]. É bem complicado, eu me cortei não foi por influência de ninguém não, mesmo sabendo que existem outras pessoas na escola que faziam isso, eu só fiz e senti alívio, e aí fui fazendo [...]” (Águia, 13 anos).

Quando eu me corto, é como se a minha cabeça aliviasse, sabe? Os pensamentos ruins somem. Porque a dor que eu sentia lá em cima (na

cabeça) passava a ser de verdade, física. É como se fosse uma anestesia por um tempo [...] É quando vem um alívio que não sei explicar, mas eu sinto. É como se tudo o que eu estava sentindo de ruim naquele momento sumisse, desaparecesse num passe de mágica, a dor dos cortes supera, faz com que eu esqueça por alguns minutos a dor que sinto aqui dentro [...] Última vez que eu me cortei, foi há uns dois meses, quando eu soube que minha avó estava com um caroço no peito, eu pensei que ia ficar sozinha e que ela ia morrer, foi horrível esse dia. Mas, o médico disse pra ela que não era câncer, mesmo assim o medo de perder ela ainda toma conta de mim, só de falar disso eu já fico triste [...] (Beija-flor, 16 anos).

Dentre os instrumentos utilizados encontramos lâminas de barbear, gilete de apontador, canetas, tesouras e até mesmo objetos que não tem a características de objetos cortantes, como tampas de caneta. Vê-se isso no relato de Andorinha ao afirmar que ao se machucar, fazia uso de uma gilete retirada de seu apontador “[...] fiz com uma gilete de apontador mesmo [...]”. Isso nos mostra que o ato de autolesão praticado pelos adolescentes não é planejado, sendo, muitas vezes, até um ato impulsivo que se dá diante da ocorrência de uma negativa, de uma frustração, de uma dificuldade de lidar de maneira assertiva em meio social e de revivência por meio de lembranças de fatos e acontecimentos que os marcaram de forma negativa e que não conseguiram enfrentar no momento do acontecido e que eles revivem em seus quartos a noite.

Foi meio aleatório, eu só comecei a riscar meu braço com a caneta e depois fiz com mais força, aí comecei a sentir um alívio, aí foi quando fiz com tanta força que machucou, depois disso eu fiz com a gilete de apontador e até com a lâmina de barbear do meu pai [...] (Gavião, 16 anos).

Relataram também durante a vivência de sofrimento emocional haver uma urgência em encontrar rapidamente um objeto que pudessem machucá-los de forma que permitissem que eles aliviassem o sofrimento percebido. Gavião demonstra claramente esse fato no trecho a seguir “[...] teve uma vez que não aguentei esperar até chegar em casa. E fiz no banheiro da escola com uma lâmina de um apontador que quebrei [...]”.

Outro ponto relevante da experiência de autolesão é a sua execução em local privado, geralmente, sem conhecimento de outras pessoas. O que nos revela a solidão e como os colaboradores veem a prática, como algo que se deve ser escondido, algo que é errado, até vergonhoso.

Assim, observa-se que os adolescentes se machucaram nos banheiros de suas próprias casas enquanto todos dormiam, mas houveram casos que devido a vivência

de grande tensão emocional, chegaram a fazer na própria escola sem que ninguém os vissem.

Observou-se também as partes do corpo as quais os adolescentes mais fizeram os machucados, como braços, pernas e região do abdômen, bem como uma intensidade gradativa dos cortes, iniciando por pequenos arranhões até cortes mais profundos, mas não tanto ao ponto de necessitar de intervenção médica imediata, e com pouca quantidade até quantidades maiores de cortes.

Quando eu me corto, eu não faço cortes grandes eu faço cortes pequenos e em partes para as pessoas não perceberem, depois que meus colegas descobriram que eu não estou fazendo mais nos meus braços, eu fiz na minha perna e na minha barriga [...] (Andorinha, 13 anos).

[...] fiz 6 riscos e a raiva não passou, então fiz mais outros e sangrou, aí me senti um pouco melhor [...] Os meus cortes não doem tanto quanto a dor que eu sinto aqui dentro do peito, chega rasgar, mas eu sempre coloco um sorriso no rosto e ninguém percebe a dor que está aqui dentro de mim. (Beija-flor, 16 anos).

Os adolescentes afirmaram que o motivo que os levavam a continuar a manter os cortes (motivação de realizar o *cutting*) era o desejo de transformar em dor física a dor subjetiva sentida por eles. Essa é uma experiência dolorosa que apesar de sua prática, todos tinham consciência de ser um ato inadequado e vergonhoso, conseqüentemente os levava a esconderem-se em roupas e posturas evitativas.

A1.1) – Problemas relacionados a autoaceitação e a percepção de si

Apresentam-se aqui os significados das vivências psíquicas dos adolescentes em relação a sua subjetividade. O que foi comum em todos os entrevistados foi a percepção sempre autodestrutiva que tinham sobre si e uma visão de mundo muito negativista. No caso de Canário o sofrimento percebido em sua autoimagem estava relacionado a sua não autoaceitação como homossexual, a não aceitação de sua família, o que estava lhe proporcionando sentimentos de dúvidas, conflitos de identidade e em relação seu papel no aspecto da espiritualidade.

Só que eu acho que não, eu sempre me senti diferente dos outros meninos da escola, depois que eu decidir que realmente gosto de menino e não de menina eu comecei a me sentir melhor, a me aceitar, só que aí eu arrumei um outro problema que foi lá em casa [...] (Canário, 13 anos).

Os adolescentes atribuíram diversos significados negativos em relação a forma como se percebiam e lidavam com sua vulnerabilidade, como insuficientes e se consideravam “fracos” emocionalmente por não conseguirem parar sozinhos de autolesionar para si mesmo e para seus entes queridos, se sentiam incompletos em relação a si mesmos, incompetentes em relação aos seus desempenhos acadêmicos e domésticos. Todas essas formas de se verem traz consequências que vão desde a dificuldade de relacionar-se construtivamente com alguém, isolamentos, solidão, ansiedade e até mesmo crises existenciais se sentindo negativos diante de apropriar/conduzir suas vidas para um sentido/meta/direção.

Eu não sei, mas acho que tem algo errado comigo, é como se eu tivesse um buraco negro dentro de mim e ninguém conseguisse me ver como eu estou gritando aqui, ninguém me ver [...]. É como se eu não tivesse completa, eu me sinto sozinha e acho que a minha mente às vezes faz eu me afastar das pessoas de propósito[...] sinto como se fosse um peso para minha família e não quero encher minha mãe com mais problemas meus[...]. Eu só fico pensando o quanto eu sou inútil, não sou boa em nada. Queria ter autoestima como as outras pessoas ou me sentir um pouco suficiente, ou pelo menos acreditar nas coisas que eu tento mostrar, nos sorrisos e nas interações que tenho. Só que tudo isso não é de verdade [...] esses pensamentos que ficam do meu lado quando estou sozinha no meu quarto ou quando ouço coisas que me incomodam e não consigo lidar [...] (Andorinha, 13 anos).

Eu tenho uma namorada que é linda, tenho amigos e até gostava de jogar bola, mas tem algo errado, não sei, é como se tivesse um vazio aqui (aponta para o peito) que não me deixa me sentir feliz. É como se eu não fosse o bonito o suficiente e nem bom, eu odeio as minhas orelhas [...] não consegui achar e nem achei ainda algo que eu fosse bom, era como se eu fosse um ninguém [...] Aquele sentimento de abandono e de não ser valorizado pelas próprias pessoas que eu me importava me destruía [...] Eu me senti mais feio ainda do que eu me sinto [...] sou fracassado e burro e toda vez que alguma coisa de errado acontecia eu sempre me sentia culpado e com raiva de mim [...] (Gavião, 16 anos).

A Alice disse que eu sou bonita e legal porque me importo com as pessoas, mas aqui dentro não sinto isso, não consigo acreditar nisso [...] (Águia, 13 anos).

[...] Aí bem nessa época começou a sair um monte de espinha no meu rosto e eu sempre achei horrível (Águia, 13 anos).

[...] eu tenho me sentindo feia, já mudei meu cabelo só esse ano várias vezes, eu alisei, depois me arrependi e cortei, depois quis ele grande de novo e coloquei tranças no cabelo. Agora, eu tirei e pinte de loiro, mesmo assim não parece bom [...] eu sou um peso para todo mundo e não consigo fazer nada sozinha, que eu sou inútil, que eu nunca consigo resolver meus problemas sozinha, que eu nunca vou ser boa em nada, que eu não mereço viver, que se eu não existisse as pessoas que eu amo iriam deixar de sofrer por mim”, esse tipo de coisa. E eles só param depois que eu me corto [...] É como se me cortar já fosse parte de mim, sabe? (Beija-flor, 16 anos).

[...] Durante esse período eu não queria nem falar no nome da minha mãe, eu tinha muitos pesadelos, acordava gritando a noite, passei a usar só preto e blusas bem maiores que eu, não me importava se o cabelo estava arrumado ou não. O único lugar que ia era para escola, mas eu odiava ir para escola. Eu me sentia a estranha com medo de todo mundo que estava ali, porque eu era a única que não tinha amigos [...] eu praticamente era invisível na escola, ninguém me via e acho que eu não queria que ninguém também [...] (Fênix, 13 anos).

[...] Em casa eu fico mais no meu quarto. Gosto de ficar com as luzes apagadas e ouço músicas que falam de dor e sofrimento, principalmente quando estou bem mal, eu tenho algumas músicas que gosto que já ficam no meu celular, aí eu ponho o fone de ouvido e fico deitado na minha cama [...]" (Gavião, 16 anos).

Destaca-se que esse modo de se ver dos adolescentes da baixa autoestima, humor deprimido contribuíram com o início e com a manutenção dos comportamentos de autolesão, como um mecanismo de retroalimentação de sofrimento psíquico.

A2) Vivendo entre o “normal” e o patológico

A finalidade aqui não é analisar os comportamentos de autolesão como nos manuais médicos em saúde mental caracterizando-os conforme as patologias. A relação que se estabeleceu entre “normal”, termo utilizado pelos adolescentes, e patológico, referindo-se ao que se percebeu como comportamento de risco de vida, construiu-se a partir da forma como os adolescentes entrevistados atribuíram sentido a cada prática de autolesão relatada por eles.

É preciso considerar que a adolescência por si só é um período vivenciado por intensos conflitos internos e externos na busca de uma identidade. Com isso, essa constituinte surgiu para que se pudesse apresentar a linha tênue que se estabelece entre as características próprias desse período e a vivência da autolesão em adolescentes, tomando cuidado para se buscar o que realmente pode ser considerado um aspecto patológico e o que é específico do ser adolescente. Sendo que o simples fato de sentir angustiado e sofrer não pode por si só ser considerado patológico, já que a angústia, a tensão, a ansiedade podem fazer parte de um processo de desenvolvimento e construção de identidade ao direcionar a pessoa em busca de si, mobilizando-a para a auto-realização de cada fase vivida.

De um modo geral não se encontrou no comportamento de autolesão uma intenção consciente de pôr fim a vida, mas como uma ferramenta para se lidar com a

dor percebida pelos entrevistados. No entanto, encontramos outros aspectos relacionados ao fenômeno que podem ser considerados como preocupantes e contrários ao que se considera natural do ser adolescente. Dentre eles, tem-se assim como na dependência a intolerância a dor na medida em que há o aumento da quantidade e intensidade dos cortes.

Os adolescentes também demonstram preocupação com a dificuldade percebida por eles em pararem por si só com o comportamento. O que fez com que muitos comparassem seus atos como vícios, dependentes e até “anormais”. É o que se vê nos trechos abaixo:

No começo era quando eu ficava com muita raiva da minha mãe ou quando as coisas que eu queria não saíam do jeito que eu queria, mas depois se tornou automático [...] bastava eu não me sentir bem, aí a primeira coisa que vinha na minha mente era “se corta logo, você vai ficar melhor” [...] não conseguia mais parar. Hoje tenho muitas cicatrizes nos meus braços [...] Minha cabeça é uma confusão, vive cheia de pensamentos ruins não consigo pensar em coisas boas [...] (Andorinha, 13 anos).

Eu não lembro direito quando comecei a me cortar, mas eu tive um período que eu consegui ficar 6 meses sem me cortar, só que eu recaí. Foi numa vez eu estava sozinha em casa, era noite, minha avó tinha saído para ir ao mercado com minha irmã, nessa época minha mãe ainda estava se tratando e o wifi tinha caído, isso já piorou muito a situação, pois a Internet é uma das únicas coisas que me distraía dessa vontade. Naquela hora, me invadiu um sentimento de dor e vazio que eu não posso nem descrever [...] a única coisa que estava do meu lado era um alicate de unha. Primeiramente foram só raspões, mas não ajudava completamente. Comecei a arranhar mais fundo, até eu perceber que eu realmente estava me cortando [...]” (Fênix, 13 anos).

[...]Ficou tipo um ciclo vicioso, sabe. Aí fui fazendo, e hoje eu tenho 35 cortes, alguns já são até cicatrizes [...] (Canário, 13 anos).

Outro aspecto importante é quanto a impulsividade na realização do corte e a dificuldade em parar por vontade própria, que aparece nas vivências da maioria dos adolescentes entrevistados. No entanto, quando não conseguem parar com o comportamento, causa prejuízo e sofrimento nas relações pessoais, pode-se considerar como algo com características patológicas.

Assim, apesar de existir uma impulsividade percebeu-se que havia um sofrimento vivido por eles por sentirem-se como se não tivessem controle sobre seus atos e suas vidas. Podemos afirmar, então, que há um aspecto patológico nesse caso, já que a compulsão está atrelada a dificuldade de parar sozinho e a necessidade contínua de se machucar.

[...]eu me cortei a noite quando cheguei em casa e todos já estavam dormindo. Aí eu senti um alívio, um alívio temporário, porque voltou de novo, ai depois voltou tudo de novo e eu pensei “vou me cortar de novo”, ai começou, começou, começou...tipo um círculo vicioso, sabe?...(Canário, 13 anos)

[...] se tornou um vício, não consegui mais parar, já fiz no meu braço, na minha perna e até na minha barriga. Tanto que já tenho até cicatrizes... Eu me sinto mal depois que passa a dor física, mas é como se eu não conseguisse ter controle sobre o meu próprio corpo e nem minha mente...(Beija-flor, 16 anos).

Em alguns casos, a autolesão pode vir acompanhada da ideação suicida, o que pode oferecer um risco maior a vida de quem a pratica. Como ocorreu no caso de Gavião que progrediu a intensidade e a frequência dos cortes na medida em que não se percebia que os cortes não faziam mais o mesmo efeito que os iniciais, até culminar em um comportamento mais fatal por meio do uso de medicamentos com intenção suicida.

[...] Eu pegava qualquer coisa que tivesse no momento na minha frente, parecia um louco, não conseguia ficar calmo enquanto eu não me cortasse. Foi assim que eu acabei fazendo uma besteira maior ainda. Porque depois esses cortes mais leves que eu fazia já não fazia tanto efeito, os pensamentos e sensações ruins que eu estava sentindo acaba voltando mais rápido e o medo de decepcionar meus pais me destruía toda vez que via minhas marcas, mesmo assim eu não deixava ninguém ver minhas marcas, era algo só meu [...] Com o passar do tempo parecia que isso tinha se tornado um hábito para mim. Mesmo eu prometendo que não ia mais fazer, quando acontecia alguma coisa que fazia eu me sentir com todos aqueles pensamentos ruins de novo, e aquela angústia inexplicável que mais parecia um nó na garganta, eu me cortava novamente, mas não contava [...] Foi então que um dia que eu estava muito mal em casa decidi que ia acabar com todo o sofrimento que eu estava sentindo e ia deixar meus pais livres, eu cheguei a tomar metade da caixa de remédios da minha mãe [...] (Gavião, 16 anos).

Esse negócio de me cortar, se tornou um vício, toda vez que eu fazia, eu prometia para mim que não faria de novo, mas só bastava eu sentir que eu não tinha controle do que acontecia ao meu redor e achar que tudo de ruim que ocorria era culpa minha que eu fazia de novo. Não sei nem explicar para senhora como era isso, só sei que o que sentia me dominava [...] (Fênix, 13 anos).

Observou-se também a forma como atribuíam a si mesmos como “anormais” e até doentes, que nos leva a refletir o modo como esses adolescentes atribuíam sentido as suas vidas eram disfuncionais e distorcidos, não lhes permitindo perceber outras formas menos negativas e sem sentido de verem suas vidas. Esta falta de sentido percebida por esses jovens é preocupante como fator de risco na manutenção do comportamento de autolesão.

Eu não sei, mas acho que tem algo errado comigo [...] É como se eu não tivesse completa, eu me sinto sozinha e acho que a minha mente às vezes faz eu me afastar das pessoas de propósito. (Andorinha, 13 anos).

[...] Eu não conseguia nem ter o controle da minha mão, quanto mais da minha vida. Eu pensava que eu era uma inútil e que não era importante para ninguém [...] como se eu estivesse dizendo para mim mesma que eu era fraca [...] (Águia, 13 anos).

Percebeu-se também que ao buscarem alívio da dor emocional na dor física, os adolescentes estavam tentando evitar pensamentos que os levassem a tentar suicídio. O que corrobora com o entendimento de que o fato de machucar-se intencionalmente por si só não deve ser considerado unicamente e isoladamente um preditor ao suicídio, mas que precisa ser analisado de forma contextualizada e individualizada de acordo com a vivência /singularidade/ história de vida de cada sujeito que o pratica, pois corre-se o risco de se estigmatizar e contribuir para a manutenção do comportamento no privado de cada pessoa.

A3) Vivência de conflitos nas relações intersubjetivas dos adolescentes que se autolesionam

A partir do entendimento de como os adolescentes, ao contarem sobre suas experiências relacionadas à autolesão, relataram as dificuldades das vivências nos relacionamentos interpessoais na família, na escola e com seus pares e os conflitos desencadeados dessas relações, bem como significavam esses conflitos a ponto de interferirem na intersubjetividade de cada adolescente foi possível estabelecer este eixo.

Percebeu-se que a dificuldade em estabelecer ou manter relações interpessoais consistentes tem relação com o ato de produzir cortes no próprio corpo, bem como a existência de intensos conflitos familiares e entre amigos. Isso demonstra que existe um desencontro entre o que os adolescentes acreditam ser e o que as pessoas pensam em relação a eles, e esperam deles, causando uma vivência angustiante e de solidão.

A ocorrência dos conflitos interpessoais com os familiares e amigos em si, a lembrança de tal situação e a vivência por meio da ansiedade de um conflito que ainda não aconteceu foram por vezes considerados estopins para a decisão final de fazer o corte em seus corpos, como vemos abaixo:

A minha mãe nem pergunta como eu estou, ela só liga para aquele homem [...] tenho medo dele, não sei explicar, mas não gosto dele [...] eu não suporto o meu padrasto [...] ele me dá medo [...] mas quando eu vejo minha mãe eu me sinto um pouco melhor, mesmo assim não gosto dele, minha mãe fica diferente quando está com ele, parece outra pessoa, ela nem liga pra mim [...] minha mãe separou do meu pai no mesmo ano que minha avó morreu, tenho um irmão de 19 anos que se envolveu com drogas e vive dando trabalho para minha mãe, tenho duas irmãs, uma é casada e a é solteira e mora sozinha, mas a gente não se fala muito bem [...] Quando eu lembro da minha avó me dá um aperto no peito, as vezes ainda choro [...] quando eu tinha 9 anos, ela pegou uma corda foi para o quintal de casa numa árvore que ainda hoje tá lá e se enforcou, eu tentei ajudar ela, mas não consegui [...] desde a morte dela, minha mãe se fechou e os problemas não acabaram eles só aumentam [...] (Andorinha, 13 anos).

É importante destacar que a adolescência é considerada no ciclo vital como um período de transição marcado pela vivência da busca da identidade com intensos conflitos intrapsíquicos. E que as relações sociais se tornam nesse período ainda mais importante para a constituição da pessoa, apoiando-os na constituição dessa identidade por meio da identificação e autoafirmação no encontro com outro que não seja ele mesmo. No entanto, quando essas relações com o meio não oferecem um suporte para ancorar a vivência dos conflitos internos, há a dificuldade em lidar de modo significativo as frustrações causadas pelos conflitos interpessoais. É como percebemos nos relatos abaixo:

A primeira vez que eu me cortei foi ano passado (2017) e foi depois de uma briga que eu tive com minha mãe, aí eu entrei para o meu quarto peguei uma gilete de apontador que eu tinha e eu cortei no meu braço, minha mãe nem percebeu [...] Eu acho que a coisa mais forte que a gente tem quando é adolescente é os familiares [...] no meu caso, eu não sinto que tenho os meus familiares, isso é muito ruim [...] na escola quando me perguntam como eu estou me sentindo eu digo que estou bem, e sorrio, mesmo não estando, pois eu acho que as pessoas só perguntam por curiosidade ou para fazer fofoca não porque realmente se importam comigo [...] (Andorinha, 13 anos).

[...] deixei de usar ele (o Instagram) depois de uma treta que aconteceu, fiquei "p" da vida. Eu tirei uma foto no meu quarto com pouca luz e postei, só que eu não tinha visto que quando eu fiz a pose apareceu bem de longe um dos meus cortes no braço. Ai teve uma menina que falou um monte de merda no comentário, ela disse "que eu era louca, e que só loucos se cortavam", eu apaguei e nunca mais usei. (Andorinha, 13 anos).

É que fica um monte de coisa passando na minha cabeça, sabe?! Meus pais que se separam recentemente, minha mãe que não me aceita como eu sou, ela fala coisas horríveis que magoam muito e as imagens do que eu fiz e o que poderia ter acontecido comigo se eu não tivesse parado (Canário, 13 anos).

Os meus amigos ficaram todos na minha antiga turma, eu não sei se foi eu ou se foram eles, mas depois que mudei de turma a gente se afastou um pouco [...] (Gavião, 16 anos).

[...] tenho brigado muito com minha mãe, desde de que minha irmã foi embora para outra cidade com o namorado dela eu tenho me sentindo mais triste, minha mãe e eu parecemos duas estranhas. A gente mal conversa sem brigar, ela não sabe falar comigo e eu acabou não me aguentando calada e fala do mesmo jeito com ela. O problema é que depois fico me sentindo culpada e triste por magoar ela, só que na hora não consigo parar, é mais forte que eu. E agora ela vive no meu pé, até para ir na nataçãõ ela indo comigo, eu não consigo respirar. Ela não me deixa nem ir fazer trabalho na casa das minhas amigas...aff...No começo que ela foi embora, ela falava comigo quase todo dia pelo telefone, ai depois com o tempo ela mal falava comigo e quando falava era bem rápido, nem perguntava mais como eu estava. Ai bem nessa época começou a sair um monte de espinha no meu rosto e eu sempre achei horrível, ainda mais porque os meninos da escola me enchiam o saco por causas delas, me apelidaram, de “cara de maracujá”, além de quando eu passava eles ficavam rindo de mim. Eu odiava ir pra escola, mesmo assim minha mãe obrigava. Até porque quem tinha que aguentar era eu, não ela. Eu até tinha as minhas amigas, mas não queria preocupar elas não, elas já tinham problemas de mais na vida delas para resolver, eu seria um fardo a mais pra elas (Águia, 13 anos).

[...]eu moro na casa da minha avó, a minha mãe mora com o marido dela e a minha irmã pequena na casa detrás. Aí muitas coisas aconteceram e eu e minha mãe só nos distanciamos, eu mal falo com ela. Eu acho até que ela não gosta de mim. Já minha avó se importa muito comigo (Beija-flor, 16 anos).

[...] Lá é tranquilo, porque só mora eu minha avó e meu avô, o restante moram lá nos fundos e quase não andam na casa da minha avó. As vezes só é ruim quando meu avô chega em casa bêbado e fica brigando com muita avó, isso é ruim, porque não posso fazer nada, me sinto inútil sem poder ajudar ela, acho que ele já devia ter saído de casa, eles nem dormem mais no mesmo quarto faz muito tempo. Quando ele bebe, ele fica chato, grita com ela, faz bagunça na rua, minha avó morre de vergonha porque os vizinhos ouvem (Beija-flor, 16 anos).

Eu entrei no Ensino Médio esse ano e foi ai que tudo ficou uma droga, parece que o medo de ficar reprovada e de apresentar trabalhos na sala de aula tomaram conta de mim. Eu já cheguei até a sair correndo no meio de uma apresentação porque me deu um branco, fui para o banheiro chorar. (Beija-flor, 16 anos).

[...]eu estava em casa na cozinha comendo com minha avó, ai ligaram para o celular dela, quando ela atendeu era o pessoal da clínica aonde minha mãe estava internada. Eles disseram que ela iria sair e que precisava ser recebida em casa, na hora que eu ouvi a minha avó conversando, minhas pernas congelaram... eu não odiava minha mãe, só não queria ver ela, nem ouvir ela, não queria estar perto dela de jeito nenhum. Eu perdi a fome, mas não deixei minha avó perceber e fui para o quarto, eu não fiz nada naquela hora porque minha avó e minha irmã dormimos todas no mesmo quarto e, naquele momento minha irmã estava no quarto brincando. Só que a noite, depois que todos dormiram eu fui na cozinha e peguei a faca e me cortei de novo, era como se eu precisasse esquecer tudo, precisava fazer parar de doer meu peito (Fênix, 13 anos).

Os conflitos familiares ocuparam um papel de destaque nas vivências dos participantes. Todos os entrevistados relataram em suas vivências, cada um de modo bastante particular, a baixa qualidade de interação familiar, distanciamentos de figuras

parentais importantes, separações conjugais, ausência e solidão como potenciadores da dificuldade de lidar com a dor emocional vivenciada pelos adolescentes, desencadeando na autolesão.

Além destas dificuldades na relação com os laços parentais, outro assunto abordado, mas com menor intensidade refere-se às dificuldades na constituição de laços e nas relações com os pares, principalmente evidenciados no contexto escolar. Alguns entrevistados relatam a dificuldade em manter relações pessoais mais profundas, estabelecendo apenas relações fugazes e rasas e também a hostilidade de pares e houve também relato de vivência de bullying na escola e de conflitos nas redes sociais, como foi o caso de Felícia:

[...]ainda mais porque os meninos da escola me enchiam o saco por causas delas, me apelidaram, de “cara de maracujá”,[...] quando eu passava eles ficavam rindo de mim por ser muito magra. Eu odiava ir para escola [...]” (Fênix, 13 anos).

Para a adolescente Águia o desenvolvimento e a formação de sua identidade dependem da sua relação com o outro, na qual a partir desse encontro com o outro ele se percebe como igual ou diferente, definindo seus limites espaciais, corpóreos, que dão contorno e suporte ao seu psicológico. Por isso, a consistência das relações interpessoais, familiares e de pares, e das relações estabelecidas neste período são tão importantes para a saúde mental.

A4) – Expressões de sentimentos e emoções ligados ao ato de machucar-se

Esta Unidade surgiu a partir da necessidade de descrever os significados atribuídos pelos adolescentes em relação ao momento de que a autolesão deixa de ser um ato oculto e a família, amigos e escola passam a ter ciência do que faziam, bem como os sentimentos e emoções vividos por eles após a realização do cutting.

A4.1) - A vivência da descoberta

O momento da revelação para o mundo da existência do comportamento de autolesão por pessoas mais próximas aos adolescentes foi vivenciado por eles sob duas perspectivas diferentes. Na primeira mostraram-se apreensivos, receosos e inseguros por sentirem medo de não serem acolhidos e serem estigmatizados,

julgados e negligenciados em sua dor. Na segunda perspectiva mostraram-se aliviados, amados e felizes quando acolhidos em sua dor. Na maior parte dos adolescentes a revelação se deu pela descoberta e não por suas próprias ações de falar que se autolesionavam.

Como a autolesão é um comportamento mantido escondido, feito no reservado, a possibilidade de serem descobertos é vivida repleta de ansiedade quanto a forma como as pessoas irão reagir.

Meus pais e eu somos da igreja evangélica e para eles isso (se machucar intencionalmente) seria pecado, então mesmo tendo tido vontade algumas vezes de falar para eles sobre o que eu estava sentindo, o medo era maior, era um medo de decepcionar eles (Gavião, 16 anos).

Contudo, mesmo os adolescentes sentindo medo e insegurança ao pensarem sobre a descoberta, alguns relacionaram este momento muitas vezes como desejado, mas que não tinham coragem de tomar a iniciativa revelarem o que faziam.

O que os adolescentes faziam com seus corpos escondidos foi descoberto na maioria das vezes por alguém de sua própria família ou, em alguns casos, por seus pares na escola. Sendo que dos seis entrevistados apenas, Andorinha e Beija-flor, não foram descobertas pela família. Sendo que Canário, Gavião, Águia e Fênix foram descobertos durante a realização da autolesão. Já no caso de Andorinha e Beija-flor, o familiar ficou sabendo por uma outra pessoa externa ao grupo familiar:

[...] só esse ano foi que ela (mãe) soube, e só descobriu porque uma das minhas colegas de sala que eu conversava pelo celular e que eu havia mandado uma foto do meu braço sangrando, mandou para minha mãe e me denunciou. Eu fiquei muito brava com ela (amiga), fiquei um tempo sem falar com ela, mas depois voltamos as boas [...]. Na hora ela (mãe) ficou preocupada, mas depois disse que eu não precisava fazer isso, que eu tinha casa, tinha comida, tinha escola boa, tinha ela, e que eu estava querendo chamar atenção e que isso era coisa de doido [...] eu fiquei muito, muito triste, com muita raiva, mas fiquei calada, aí a noite, no meu quarto eu fiz de novo. Depois disso eu decidi que não ia mais falar para ninguém, aliás, se eu soubesse que essa minha amiga ia fazer isso, eu nunca teria mandado foto, eu nunca confio nas pessoas e no dia que resolvo, acontecesse isso, era para ser uma coisa minha, só ela e eu ia saber...é por isso, que eu também não falo mais, acho que por isso eu prefiro ajudar os outros do que me ajudar (Andorinha, 13 anos).

[...] durante quase um ano eu me cortei sem que ninguém desconfiasse. Até que uns meses atrás antes de ir para uma aula de educação física, que fui obrigada a participar, já que não estava mais nem usando as roupas dessa aula, eu tirei o casaco e sem querer deixei à mostra um risco que havia feito no meu braço com a lâmina do apontador. A minha colega de sala que é bem próxima de mim viu. Ela me perguntou o que era eu desconversei, disse que meu gato tinha me arranhado. E ela disse, mas você não tinha gato, e eu disse “agora tenho”, rapidamente coloquei o casaco novamente e sai. Só que

depois daquele dia, ela começou a me perguntar se eu estava bem, se eu queria alguma coisa, ficava no meu pé o tempo todo... Só que ela continuou insistindo e ela viu de novo outros riscos, de cortes que eu havia feito, no meu braço e novamente perguntou. Só que dessa vez, ela não esperou eu responder, ela disse “Você está se cortando é isso?” aquilo me deu um frio na barriga e eu só balancei a cabeça afirmando, e então baixei a cabeça, mas não chorei, porque não gosto que ninguém me veja chorando. Naquela hora, eu pensei “eu tô ferrada, vou virar motivo de risinhos na escola, minha avó vai ficar sabendo”. Ela falou um monte de coisas, enquanto eu estava de cabeça para baixa, mas eu nem me lembro porque a minha cabeça estava cheia de pensamento ruins (Beija-flor, 16 anos).

A forma como a família lidou com os adolescentes quando souberam de seus comportamentos, se os acolheram em sua dor ou os negligenciaram, foi determinante para estagnar com os comportamentos ou para a sua manutenção, correndo-se o risco de evolução patológica.

Gavião, Águia e Fênix sentiram-se acolhidos, compreendidos por seus familiares e amigos, de modo que os adolescentes se sentiram amados e manifestaram o desejo de parar, mesmo não conseguindo fazê-lo sozinho e aceitaram ajuda. Beija-flor também se sentiu compreendida e aceita por sua avó, mas não teve o mesmo apoio por parte de sua mãe.

Na hora que eles (os pais) descobriram foi ruim, mas ver que minha mãe me ajudaria, foi muito bom [...] Quando ela (namorada) descobriu eu fiquei sem saber o que fazer porque não sabia como explicar, eu estava com vergonha, com raiva e com medo ao mesmo tempo [...]. Naquela hora que ela viu a vontade que tive foi de sair correndo e me machucar novamente, passou um monte de coisa na minha cabeça, só coisas ruins. Mas por incrível que pareça ela não me julgou, ela me abraçou e disse que iria me ajudar. Eu achei que ela fosse fazer um milhão de perguntas mais não fez [...]. Ficamos em silêncio e depois ela perguntou se eu queria conversar sobre isso naquela hora, na hora eu disse não, mesmo querendo conversar com alguém sobre o que estava acontecendo comigo, mas tinha medo de magoá-la mais ainda (Gavião, 16 anos).

[...] eu estava em casa e tinha acabado de chegar da escola e entrei rápido porque estava com calor e com cede aí tirei meu casaco, aí minha mãe viu meu braço vermelho com vários arranhões. Eu fiquei sem reação quando ela perguntou o que era aquilo. Eu não tenho nem gato e nem cachorro para colocar a culpa. Eu fiquei paralisada na hora, depois só chorei. Ela veio e me abraçou e já começou a chorar junto comigo, foi uma loucura só. Aí nesse momento foi muito bom, porque me senti amada pela minha mãe, apesar da situação, parecia que ela realmente me entendia e se importava comigo, ainda mais porque agora só são nós duas. Ela começou a me fazer um monte de pergunta, “Por que eu tinha feito aquilo? Quando eu fiz? Se eu já tinha feito antes? Se mais alguém sabia? Se eu não pensava nela? Esse tipo de coisa [...] gosto muito nem de falar nisso, eu não me orgulho muito de ter feito isso não. Eu não consegui responder nada, até porque nem eu sabia as respostas de muitas coisas que ela me perguntou [...] Naquele dia que minha mãe descobriu foi o pior e melhor dia da minha vida, porque eu pude ver um outro lado dela que eu não sabia que existia. Um lado meigo, amigo, me deu aconchego, eu me senti segura (Águia, 13 anos).

[...] nesse dia eu quase morri. Foi numa dessas noites que eu fui na cozinha, eu nunca dormia antes das 4 horas da manhã, mesmo estudando de manhã. Teve um dia que eu não lembro o porquê, só sei que tinha acabado de mim cortar e estava lavando o braço na pia para secar o corte que fiz e minha vó pôs a mão nas minhas costas e perguntou porque tinha sangue ali. Nossa, eu paralisei, não consegui pensar em nada para dizer, não consegui chorar e nem nada. Só fiquei parada, então ela com os olhos cheios de lágrimas, fechou a torneira e me abraçou. Aí eu chorei e pedi perdão para ela, disse que eu não queria, mas eu não conseguia parar. Ela só me abraçava cada vez mais forte e disse que eu não estava sozinha, disse que ia me ajudar. Mesmo sem acreditar que pudesse existir alguém que pudesse me ajudar eu disse que queria sim ajuda. Nós fomos para o quarto e daquela noite para frente eu comecei a dormir com ela na mesma cama, pelo menos até eu melhorar e ir morar com minha mãe, mas aí foi bem lá pra frente. No dia seguinte, ela me levou num lugar que parecia um hospital, ela disse que era um consultório de uma psicóloga, eu não queria ir, mas não falei para ela, não queria decepcionar mais ainda ela [...] (Fênix, 13 anos).

Já Canário e Andorinha mesmo após as suas famílias saberem sobre a autolesão, não lhes proporcionaram uma vivência positiva na descoberta por suas famílias. Canário sentiu-se julgado por sua mãe, minimizando a dor a qual ele disse sentir e Andorinha sentiu-se negligenciada, pouco querida e amada por sua mãe, e sentiu como se fosse um problema para sua mãe. Consequentemente, eles demonstraram mais isolamento e vivência de sofrimento com percepção de serem o problema da vida das pessoas, sentimento de abandono e continuidade dos cortes.

[...]uma vez eu peguei o desodorante e passei na minha perna até queimar e minha mãe viu, aí ela perguntou por que você fez isso” aí eu pensei “caramba vou ter que pensar numa desculpa aqui”, aí eu falei que era um desafio, e ela disse que era um desafio muito afrontoso. Aí eu falei “mãe é um desafio, eu estou ganhando 10,00 a cada ferida que eu tenho...ela disse “então para que 10,00 eu posso te dar todo dia, então para”, aí eu disse, então tá. Só que desse dia ela disse que eu era um lixo, que eu tinha que melhorar, que eu era um filho mal, que tavam me influenciando, mas não era, ela não me ouvia, nossa! Aquelas palavras pareciam facas no meu peito, eu não aguentava mais ser criticado por tudo [...] ela só me julgou e mandou eu parar (Canário, 13 anos).

Observou-se que no caso da revelação aos pares, os adolescentes sentiam-se menos julgados, mais acolhidos. Essa revelação também se deu de modo diferente e geralmente com os outros adolescentes eles conseguiam falar mais sobre o que faziam consigo mesmos do que com a família. Temos também que por estarem mais próximos, no caso, dos colegas de escola era mais fácil o acompanhamento de verificação e disponibilidades para ouvir as angustias dos adolescentes que se autolesionavam do que a família. Como demonstra Canário ao relatar que “[...] eu só confio mesmo nos meus amigos, por isso eu contei pro J., pra F. e pra L. [...]”.

A4.2) - Dificuldade de demonstrar o que sente para as pessoas próximas

Comum entre todos os adolescentes entrevistados foi a constante fala de sentirem dificuldade em externalizar o que sentiam diante de situações frustrantes em suas vidas, guardando-os e acumulando até culminar em momentos de tensão intensa que descarregavam, posteriormente, na autolesão. Tal dificuldade não deve ser confundida com alexitimia, na qual a pessoa tem dificuldade em sentir emoções e sentimentos.

Assim, observamos que a cada experiência vivenciada como angustiante pelo adolescente era comum que guardasse o que sentiam, como se embotasse suas emoções até o momento em estivessem sozinhos e liberassem toda a tensão guardada até o momento. Percebe-se isso nas falas abaixo:

Eles olham o meu braço e falam para eu parar, mas é mais forte do que eu, quando estou com muita raiva de alguma coisa ou quando já guardei de mais as coisas que vão acontecendo comigo que eu não consigo falar na hora. E eu não sou muito de demonstrar meus sentimentos, não suporto chorar na escola, então eu prefiro guardar só para mim, não falo [...] (Andorinha, 13 anos).

[...]só que eu não conto tudo que penso e sinto para ela, tenho medo de ela se afastar de mim [...] muita coisa eu guardo só para mim mesmo, não consigo falar (Gavião, 16 anos).

[...] eu sinto muita raiva, muita raiva mesmo quando eu quero fazer alguma coisa e não dá certo, principalmente na escola, mas eu não consigo demonstrar na hora, então eu sempre guardo esse sentimento só pra mim, até que explodi [...] aí é quando eu faço merda [...] eu nem consigo mais chorar assim, eu acho que eu tenho tanta coisa guardada comigo porque eu nunca falo, eu só penso na hora que alguém me machuca, mas não falo, na maioria das vezes eu guardo pra mim e aquilo fica acumulando, acumulando, até que explodi [...] (Beija-flor, 16 anos).

Eu passo o dia falando para as pessoas ao meu redor, as que gostam e as que eu sei que nem ligam para mim, mas ficam perguntando, que eu estou bem, eu até fico sorrindo e brincando, mas a minha vontade mesmo é de chorar, mas não sai nada. Aí quando chega a noite, é meu tormento, porque tudo o que eu guardei durante o dia vem como uma bomba na minha cabeça, tudo aquilo que me falam durante o dia e finjo que não ligo, que não me atinge, passa tudo na minha mente, aí vem uma dor aqui (aponto pro peito) uma agonia dentro de mim que parece que se multiplica milhões de vezes e de repente eu acabo me vendo sozinha no chão do banheiro com a porta trancada e com uma lâmina na mão e o sangue escorrendo...E no dia seguinte se repete tudo de novo, levanto e finjo pra todo mundo que está tudo bem, até para as pessoas que eu amo, como minha avó, finjo que nada aconteceu[...] (Beija-flor, 16 anos).

[...]eu não chorei na frente dela. Ai aquele negócio entalado na minha garganta não me deixava chorar, eu sabia que era errado [...] (Canário, 13 anos).

[...] eu não queria ir, mas não falei para ela, não queria decepcionar mais ainda ela. Por dentro eu gritava pra não estar lá[...] (Fênix, 13 anos).

Os motivos que levaram os adolescentes a esconderem o que sentiam relacionavam-se com sentimentos medo de serem rejeitados, de não saberem lidar com a situação, senso de autoeficácia negativos e de serem ridicularizados em seus posicionamentos.

A4.3) Vivências posteriores a prática da automutilação

Todos relataram após a prática da autolesão uma vivência de alívio momentâneo seguido de um sentimento de arrependimento por terem se machucado e não terem conseguido lidar de outra forma com as frustrações vividas, vergonha representado pela postura de esconder as marcas deixadas por suas ações e medo de decepcionar seus familiares e amigos.

Isso nos permite refletir que apesar de buscarem livrar-se da dor emocional por meio de uma atitude brusca contra si próprios, os adolescentes nos mostram que não buscam por fim as suas vidas, mas que não sabem ou não possuem estratégias mais assertivas para lidarem com o que não conhecem ou não sabem nomear.

Ao contrário do que imaginavam buscar ao se machucarem, que era resolver seus problemas e livrar-se da dor, os adolescentes encontram mais vivencias negativas do que positivas após o ato em si.

[...] na hora que eu me cortei eu até me senti aliviado, mas depois eu continuei a me sentir culpado, só que a culpa era maior, além de eu me culpar por gostar de menino e não de menina, eu comecei a me culpar porque eu estava tendo aquela vontade de me machucar [...] (Canário, 13 anos).

Não me orgulho disso, no mesmo dia prometi a mim mesma que não faria isso[...] mas não cumpri [...]O problema é que depois eu fico triste, porque me machuquei, aff é uma droga, porque sei que aquelas marcas vão ficar ali pra sempre (Beija-flor, 16 anos).

[...]Me senti mais inútil ainda. Daí depois me senti suja e com muita vergonha. Nessa época eu me cortava quase que direto, pois me sentia culpada com qualquer coisa ruim que acontecia. "Tudo é culpa minha" eu pensava. E eu não conseguia sair desse pensamento..." (Fênix, 13 anos).

É possível perceber que na fala de Fênix abaixo há além do sentimento de vergonha posterior a autolesão, há também a autopercepção de inutilidade e a centralização da culpa diante das situações de sua vida. Isso nos mostra que a prática da autolesão inviabiliza que a possibilidade da ressignificação da dor, mantendo-a apenas inerte por alguns curtos momentos até que algo aconteça na vida da pessoa que a faça reviver novamente a angústia que faça novamente se cortar, tornando-se uma dor comportamento cíclico.

O problema era que depois que passava a sensação de alívio daquele tormento, eu começava a ficar arrependido e com medo de meus pais descobrirem o que eu tinha feito comigo. Era uma sensação ruim, angustiante, principalmente, quando eu me olhava no espelho ou no banho. Aquilo começou a fazer eu ficar com raiva de mim, passei a me isolar mais ainda. Até porque eu pensava assim, “eu não tenho motivos para estar mal, apesar de meus pais serem um pouco fechados por que nós somos evangélicos, eles não são chatos comigo, só não consigo me abrir com eles, aliás com quase ninguém...(Gavião, 16 anos).

[...]quando olhei para o meu braço me bateu um desespero porque eu tinha feito aquilo comigo, eu me senti um lixo, horrível, comecei a chorar e disse para mim mesma que não ia mais fazer. Depois disso, parece que aquele sentimento de angústia só aumentou em mim, acho que tudo de ruim saiu e estava me atormentando (Beija-flor, 16 anos).

Contudo, houve um dos entrevistados que mesmo sentindo vergonha e culpa, não sentia arrependimento ao após se machucar, porém não vivenciava um prazer por isso. No caso de Andorinha existia um sentimento de autopunição, o que não a permitia sentir-se arrependida, já que preferia machucar-se a si mesma que a outras pessoas.

Eu não me orgulho, mas também não me arrependo, acho melhor fazer isso comigo do que machucar as pessoas que eu amo, como minha mãe por exemplo...(Andorinha, 13 anos).

Foi possível observar, que a vivência desses sentimentos antagônicos do que se imaginava conseguir ao se machucarem, os participantes afirmavam que a prática não era algo bom para suas vidas e mesmo mantendo-a aconselhavam a outras pessoas a não iniciarem.

Eu só sei que nem aconselho ninguém a fazer isso, porque isso não faz bem para gente e nem para quem a gente ama... gosto muito nem de falar nisso, eu não me orgulho muito de ter feito isso não (Águia, 13 anos).

E afirmam que para lidarem com o que sentiam após a autolesão, escondiam-se em suas roupas e quartos e não contavam para ninguém, como se ver não relato de Fênix:

[...] mas o outro dia...o outro dia eu estava me sentindo a pior pessoa do mundo, eu só queria me enfiar num buraco e desaparecer. Toda vez que eu olhava para aquele braço com marcas ainda vermelhas, eu baixava a cabeça e chorava. E foi assim que passei a só usar blusas compridas nos braços para esconder o que eu tinha feito...(Fênix, 13 anos).

Ainda com relação às experiências memoradas pelos adolescentes em relação às suas vivências posteriores à prática dos automachucados, temos algumas mudanças comportamentais.

Os adolescentes relataram também a recusa de saírem com seus pares e ambientes com muitas pessoas, mantendo-se mais em suas casas, em seus quartos. E quando são forçados a saírem, escondem-se por meio da utilização de calças, camisas compridas e casacos mesmo em situações as quais não os cabem ou até mesmo evitando lugares aos quais pudessem ser descobertos esconder das pessoas o que fazem em sua privacidade.

[...]eu sempre sentei no canto da sala e ficava de cabeça baixa. Desse jeito eu não tinha que falar com ninguém e eles mal me notavam, aí quando a sala ficava barulhenta eu começava a desenhar no meu caderno ou escrever poemas de dor ou morte. Como eu não tinha amigos eu não saía pro intervalo, eu ficava só na sala, eu também não sentia muita fome mesmo, só comia quando era obrigada mesmo...(Fênix, 13 anos).

Ainda em relação ao aspecto social, vemos que esse isolamento social ocorre não somente em relação aos pares, mas também no contexto da família, com menos participação nas rotinas familiares, como almoço em família, passeios e entretenimento domésticos. Como vê-se a seguir:

[...] Em casa eu fico mais no meu quarto. Gosto de ficar com as luzes apagadas e ouço músicas [...] (Gavião, 16 anos).

[...]eu praticamente era invisível na escola, ninguém me via e acho que eu não queria que ninguém também. Foi o que pensei, mas quanto mais eu me isolava, mais tinha vontade de ter alguém por perto de mim [...] (Fênix, 13 anos).

Eu fico mais no meu quarto mesmo, eu saio só pra comer e às vezes vejo televisão na sala, mas quando eu faço isso eu levo um lençol e me cubro todinha [...] (Beija-flor, 16 anos).

Os meus colegas eu sempre desconverso, uso minhas blusas com mangas compridas e fico sempre de calça [...] na minha casa a minha mãe continua do mesmo jeito, ela fica no quarto dela eu fico no meu e a gente mal se fala, eu não falo com meu padrasto, eu não falo com meu irmão, eu só fico no meu quarto mesmo. E na maioria das vezes quando eu estou no meu quarto eu fico com as luzes apagadas com fone de ouvido e fico deitada na minha cama [...] (Andorinha, 13 anos).

Há também uma mudança de postura na vida acadêmica desses jovens, já que todos encontram-se em idade escolar.

Em relação à escola, percebe-se queda no rendimento, baixa assiduidade às aulas, principalmente as de Educação Física, por terem medo de serem descobertos e distanciamento das relações interpessoais com os amigos.

[...] uns meses atrás antes de ir para uma aula de educação física, que fui obrigada a participar, já que não estava mais nem usando as roupas dessa aula... (Beija-flor, 16 anos).

Deixei até de jogar bola com os meninos e a evitar a aula de Educação Física. Em casa, eu fico mais no meu quarto mesmo, meus pais trabalham, e eu só vejo eles na hora do almoço e no jantar e nos finais de semana, mas não conversamos muito, quando tem uma conversa geralmente é sobre a escola e minhas notas ou sobre a igreja que a gente vai...(Gavião, 16 anos).

Contudo, observou-se também que alguns adolescentes mantiveram outro tipo de relação à escola, mesmo possuindo os mesmos aspectos citados acima, desenvolveram um senso de empatia com outros colegas que também se autolesionavam.

É o que vemos nas falas de Andorinha e Canário, que afirmam conversar, aconselhar e tentar ajudar outros colegas que percebem que fazem o mesmo que eles. E que isso os ajudam a não pensarem em seus próprios problemas.

[...]eu ouço muito os problemas dos meus colegas da escola, como namoro, família e dou conselho, mas não consigo fazer isso comigo...(Andorinha, 13 anos).

[...]não sou único que faz isso, conheço algumas pessoas no Facebook e na escola que fazem também. Inclusive eu até já falei para eles pararem, pra não fazerem, só que eu mesmo não consigo parar. Ai quando eu sei que tem alguém fazendo essas mesmas coisas que eu, eu vou lá pergunto como a pessoa está, me ofereço para ficar do lado dela. Só que eu sempre ouço "sai daqui, não quero falar com ninguém, me deixa!" esse tipo de coisa...(Canário, 13 anos).

A) Unidade de Significados Psicológico Variantes

Com relação às unidades variantes, pode-se destacar que se constituiu a partir do que foi considerado como vivido de modo muito particular pelos colaboradores, que apesar de todos terem vivenciado a autolesão existiram questões que não foi vivido da mesma forma pelos adolescentes, ou seja, atribuíram significados distintos às suas experiências. Assim temos o modo como lidaram com a ajuda de profissionais de saúde, os que tiveram esse contato; a relação que tiveram com as redes de apoio, como família, escola e amigos. Diante desse cenário temos as seguintes variantes.

B1) A existência da rede de apoio psicossocial

Sabe-se que o desenvolvimento humano saudável não depende apenas de uma boa saúde física, mas também da qualidade das suas relações psicossociais, que propiciam desde o nascimento a constituição de uma pessoa saudável. O que não significa que não se possa viver situações conflituosas, mas vivemos sempre no contato com as pessoas, o mundo e nos mesmos.

Assim está constituinte torna-se muito importante por destacar como os adolescentes atribuíram significado as suas redes de apoio e se perceberam a existência de uma rede de apoio diante da vivência de sofrimento subjetivo, ou seja, como vivenciaram a percepção da qualidade das relações diante da atitude de autolesão. Principalmente, após a ciência de tal prática pelos amigos e familiares. Com isso, o objetivo desta variante é descrever as vivências psíquicas dos significados atribuídos pelos adolescentes a sentirem-se acolhidos em suas dores emocionais e como isso refletiu nos comportamentos de autolesão.

Apesar de muitos relatos estarem entrelaçados entre conflitos e apoio quando se referiram à família, à escola e aos amigos, esta separação entre as constituintes foi importante para que se pudesse aprofundar o papel de ambas na vivência do adolescente que se autolesiona. Deste modo, aqui temos os significados atribuídos quando se sentiram acolhidos, validaram suas emoções e buscaram compreender o que havia por trás da atitude de se machucarem.

Abaixo temos dois relatos de Canário que se referem ao apoio, por meio da empatia, que ele percebeu sentir de seus amigos após a revelação da autolesão.

Teve um dia que o João pegou no meu braço, olhou e disse: “Canário, para de fazer isso, eu estou aqui, não precisa fazer isso eu te ajudo, mas não faz

isso”. Hoje ele é meu melhor amigo porque está sempre do meu lado, me apoiando e me ajudando a tentar superar[...]Aí sabe aqueles meus amigos que eu te falei, depois que eles souberam, no início eles falavam pra parar, ficavam me vigiando e tudo, mas nunca me julgaram, eles nunca desistiram de mim, mesmo quando eu não queria ninguém perto de mim. Aí quando eu chegava triste na escola, eles me perguntavam se eu queria conversar, eu sempre dizia depois, para despistar, mas com o tempo e a insistência deles (amigos) eu comecei a dizer “ok a gente conversa no intervalo na biblioteca” a primeira vez eu mal falei, mas depois eu comecei a falar o que me incomodava, geralmente eram coisas de casa, eu chorava as vezes, eles me abraçavam e dizia que estavam do meu lado. Ouvir aquilo me ajudava, sabe. Fazia e faz eu me sentir muito bem quando eu estou com eles, tanto que hoje, mesmo não conseguindo parar eu me corto muito menos. Toda vez depois desses momentos com meus amigos, eu comecei a dizer para mim “eu vou parar”, eu estou tentando... EU só queria ter nascido em outra família, numa que me aceitasse do jeito que eu sou, que me apoiasse. Mesmo assim, eu amo minha família, só não queria que eles fossem desse jeito, sem me ouvirem...” (Canário, 13 anos).

[...] Ela (namorada) me deu um abraço tão forte que naquele instante não pensei em nada. O problema foi que durou pouco e comecei a pensar que ela ia falar para alguém e que isso fosse acabar chegando no ouvido de um professor e depois nos meus pais, isso me apavorou... (Gavião, 16 anos).

Gavião, Beija-flor, Águia e Fênix sentiram-se acolhidos por suas redes de apoio familiar, principalmente ao serem descobertos, mas também após esse evento. Foi percebido que a percepção de apoio deu-se pela postura de abraçar, não comentar negativamente sobre o que eles haviam feito, de buscar compreendê-los sem palavras de julgamentos e buscando ajuda de profissionais de saúde quando necessário.

Confesso que ainda tenho muito medo da escola e minha mãe ainda não participa tanto da minha vida, mas até que estamos indo aos poucos, meu pai se aproximou mais de mim, ele tem até me ajudado com as coisas da escola. E por incrível que pareça ele nunca me questionou sobre os cortes não, só minha mãe mesmo, que ainda hoje acha que é frescura e que eu só quero chamar a atenção. Só que quando eu vejo ela me dizendo essas coisas, eu lembro da minha avó, da minha tia e até do meu pai e minhas amigas que estão me ajudando a superar isso, eles acreditam em mim e eu preciso tentar. Acho que nunca quis tirar minha vida por causa do amor que sinto pela minha avó, porque sei que ela me ama muito e se importa comigo de verdade... (Águia, 16 anos).

Eu fui para baixo do fundo do poço para poder conseguir sair, eu espero que dessa vez seja para sempre. Sem minha avó me ajudar e perceber que eu precisava de ajuda, porque eu tinha medo de pedir ajuda, eu acho que nem teria mais braço... (Fênix, 13 anos).

Eu nunca pensei que ela e meu pai reagiriam assim, me apoiando, tentando me entender, sem me julgar ou me criticar. Eu nunca pensei que a minha família seria tão meu chão assim, mas foi, e foi ótimo. Minha mãe disse que eu poderia confiar nela e que ela e meu pai iriam junto comigo buscar ajuda e que eles me amavam do jeito que eu era...(Gavião, 16 anos).

Contudo, Andorinha e Canário não obtiveram o mesmo suporte por parte da família. Sendo que se perceberam como desprestigiados, desassistidos, julgados em suas dores, como se fossem problemas para suas famílias, mas obtiveram apoio informal de seus pares no contexto da escola principalmente. Isso corroborou com aumento na intensidade da vivência de sofrimento, maior comportamento de isolamento social e continuidade na realização da autolesão.

O apoio informal oferecido pelos amigos físicos, representados pelos adolescentes das escolas que frequentavam, e virtuais, representados pelos amigos de redes sociais e jogos online, foi considerado pelos participantes com importantes na tentativa de parar de machucarem-se, mesmo que não conseguissem fazer sozinhos e na vivência de alteridade por alguns aos tentarem ajudar outros colegas que também se machucavam.

As minhas amigas da escola, inclusive a Ana (nome fictício), me ligaram e mandaram mensagem e eu não respondi e nem atendi elas, passei a tarde vendo televisão e ouvindo músicas. O problema é que eu tive que voltar a escola, porque não tinha mais como dizer que estava com dor de cabeça para faltar aula. Aí fui a escolar, bem desconfiada. Cheguei atrasada, já para não ter que falar com ninguém antes, mas no intervalo a Ana me procurou e me achou. Ela disse que estava preocupada comigo e que queria me ajudar. Eu disse que não precisava de ajuda, que eu estava bem, mesmo sabendo que eu não estava.” (Águia, 16 anos).

E na escola eu passei a ficar de casaco direto, até quando não está frio, e eu sempre uso a desculpa que é presente da minha avó que morreu de câncer ano passado e que por isso não quero ficar sem, só que é mentira, a única coisa que quero mesmo é esconder os cortes. Eu tento esconder pra ninguém perceber, até porque não quero ninguém me falando o que tenho que fazer, já basta a minha mãe que me julga. E as pessoas iriam rir de mim, eu só confio mesmo nos meus amigos, por isso eu contei pro João, pra Fátima e pra Luzia..” (Canário, 13 anos).

[...]quanto mais eu me isolava, mais tinha vontade de ter alguém por perto de mim, além dos amigos de jogos onlines. O problema é que não tinha forças. Eu não gosto muito de lembrar, tenho medo ainda de voltar a ficar como antes. A Aline foi a primeira amiga que eu fiz, foi bem diferente como nos aproximamos... Ela é totalmente diferente de mim, o meu oposto. Acho que por isso nos damos tão bem. Eu tenho medo de perder ela. Ela sempre me apoia e fica do meu lado, isso tem me ajudado muito a não voltar a me machucar, eu acho...” (Fênix, 13 anos).

Com relação à escola, o que se percebeu foi que está instituição de um modo geral não sabe como lidar com adolescentes que se autolesionam. O que se percebe por meio dos relatos que questionam a postura passiva das escolas, mesmo após os alunos demonstrarem sinais de que não estavam bem.

Ninguém nunca percebeu na escola, teve uma professora que até parecia que queria falar comigo, mas eu sempre fugia de ficar perto dela...(Águia, 13 anos).

[...]eu até gosto da escola, me distrai um pouco, eu ouço muito os problemas dos meus colegas da escola, como namoro, família e dou conselho, mas não consigo fazer isso comigo. E quando estou em casa no meu quarto, eu assisto vejo anime, mecho no celular nos grupos de whatsapp de jogos ou de animes...(Andorinha, 13 anos).

Dentre os adolescentes entrevistados, Beija-flor traz em seu relato uma postura diferente de parte da escola B, com um espaço de fala representado pela psicóloga, mas não dá muitos detalhes sobre outras ações na escola sobre autolesão. No entanto, observa-se que a existência desse profissional na escola, possibilita uma percepção de segurança emocional aos demais colegas, por saberem da existência de uma pessoa que possa compreendê-los sem julgamentos.

Eu achava que se eu aceitasse a ajuda dela, eu seria mais fraca ainda do que já estava sendo. Ana não desistiu de mim, ela continuou cada vez mais próxima de mim, e sempre dizia que deveríamos buscar ajuda, disse que iria comigo, mas eu sempre dizia não, eu dizia isso porque tinha medo de isso chegar na minha avó ou de escolar chamar minha mãe, que seria pior ainda. Até que um dia a Ana me convenceu a entrar na sala da psicóloga, aquilo me paralisou, eu achei que ela ia abrir o bico, mas ela foi perguntar sobre profissões, a conversa foi até bem legal, depois fomos embora. No dia seguinte a Ana me chamou para ir lá novamente, dessa vez eu fui com menos medo, conversamos sobre profissões de novo, afinal não tínhamos muito tempo porque estávamos indo no intervalo das aulas. Como teve o final de semana, eu fiquei pensando se ela poderia me ajudar, mas aí o medo sempre vinha dizia não. Pesquisei na internet o que faz o psicólogo e tudo mais, achei interessante, mas ainda não tinha coragem. Na semana seguinte, eu e Ana fomos novamente, só que dessa vez o assunto foi diferente, falamos sobre como os adolescentes viviam hoje, sobre as ansiedades e as redes sociais, aí a Ana disse que não usava muitos as redes sociais, só o whats e eu disse que nem isso eu usava. Eu não sei, mas acho que ela (psicóloga) percebeu que eu não estava bem, mas ela (psicóloga) não falou nada, só me ouviu, mesmo não me abrindo, eu me senti bem ali. Com os dias, eu já chamava a Ana para ir lá na sala dela. Depois de algum tempo e a Ana resolvemos ir na sala e pedir ajuda, foi a primeira vez que mostrei para um adulto as cicatrizes que tanto tinha vergonha..." (Beija-flor, 16 anos).

Ainda com relação a escola foi possível perceber um sentimento de decepção por parte de Madalena por não terem observado que ela não estava bem, nem mesmo pelos seus colegas e muito menos pelos professores, assim como ela não conseguiu ir ao encontro da Psicóloga na escola no momento que começou a se machucar. O que reforça o entendimento de que os adolescentes que estão sofrendo buscam na automutilação uma forma de mostrar para as pessoas que não estão bem, um pedido de ajuda, como percebemos na fala abaixo.

[...]meus professores nunca se aproximaram, acho que eles já têm muitos problemas, eu sítia mais um, melhor que não se interessem mesmo, eu não ia falar mesmo. Os meus colegas eu sempre desconverso, uso minhas blusas com mangas compridas e fico sempre de calça. Em casa a minha mãe sabe que me corto, mas ela não liga, ela só liga mesmo para aquele homem (referindo-se ao padrasto), ela só pediu para eu parar no dia que ela descobriu, mais nada (baixou a cabeça)...(Andorinha, 13 anos).

B2) A relação com a ajuda profissional

Esta é Unidade que se deu a partir do modo como os participantes compreenderam o processo de ajuda à prática de autolesão, de modo que cada um vivenciou esse processo de forma muito particular. Aqui consta a vivencia desses adolescentes diante do contato com profissionais especializados após a descoberta da prática de tal comportamento, no caso dos adolescentes que tiveram e tem esse suporte profissional, tais como Gavião, Águia, Beija-flor e Fênix.

Quando o assunto é a ajuda profissional, observou-se que os participantes que tiveram maior apoio e uma acolhida compreensiva durante a sua descoberta foram os que perceberam a ajuda recebida como positiva capaz de auxiliá-los a lidar com a dor sentida. É o que vemos com Gavião que mesmo tendo chegado à tentativa de suicídio em um de seus momentos de fragilidades emocional, ao ser acolhido de forma compreensiva por seus pais e receber ajuda em um hospital, relatou que a partir de então engajou-se em tentar melhorar com o auxílio que estava recebendo.

Eles me levaram a um Psicólogo e foram na escola também conversar com os coordenadores para explicar o que estava acontecendo. Todo esse apoio tem me ajudado a não tentar mais me cortar, mas as vezes eu ainda penso (Gavião, 16 anos).

Similar engajamento no tratamento tem-se com Fênix, que mesmo não resolvendo seu conflito com sua mãe, recebe o apoio de sua avó, cuja figura representa um suporte bastante importante no processo de recuperação da adolescente.

Diferentemente de Fênix que teve o processo de abertura iniciado a partir do acolhimento realizado por sua avó ao descobrir sobre a autolesão, Águia iniciou seu processo de abertura à ajuda profissional por meio do apoio recebido por sua amiga ao ser levada gradativamente à psicóloga escolar. Recebendo posteriormente o suporte de sua avó.

No caso de Beija-flor além da ajuda profissional ter sido recebida de forma positiva, a mesma começou a iniciar o processo de ressignificação de sua dor por meio da tentativa de empatia a dor de outros colegas que ela descobria que também se machucava intencionalmente. A mesma postura foi tomada por Madalena que apesar de não ter recebido um apoio de sua família, buscava tentar ajudar outros colegas como forma de evitar sentir sua própria dor.

[...]eu prefiro ajudar os outros do que me ajudar...já tem dois meses que eu não me corto, desde que eu comecei ajudar uma menina que conheci no grupo do "Face" que também se corta, ela até estuda psicologia, aí a gente conversa muito pelo whatss, aí a gente tem se ajudado, a gente conversa o tempo todo, no caso dela a família dela não sabe, no meu é como se não soubesse também... (Andorinha, 13 anos).

É como se eu quisesse atenção, mas ao mesmo tempo não quero, entende? É difícil de explicar. É que eu quero atenção daquelas pessoas que não me dão atenção... (Andorinha, 13 anos).

Outro aspecto relevante desta constituinte foi o tipo de profissionais que os adolescentes foram encaminhados. Os adolescentes que receberam ajuda de profissionais de saúde foram levados a psicólogos, psiquiatras e dermatologistas. Houve acesso a rede pública de saúde mental representado pelo CAPS e ao HOSPITAL GERAL.

[...]meus pais me levaram pra um monte de médico, fui até no médico de doido e eu estou tomando uns remédios e também numa psicóloga lá no Hospital X...“...Eles me levaram a um Psicólogo e foram na escola também conversar com os coordenadores para explicar o que estava acontecendo (Gavião, 16 anos).

[...]ela me levou até num psicólogo para eu me tratar e não fazer mais. Eu fui também num dermatologista, que passou uma pomada para clarear as cicatrizes dos meus braços... Minha mãe foi na minha escola e acabou falando para os meus professores, aí eu fiquei morrendo de vergonha (Águia, 13 anos).

Eu estou aprendendo com a psicóloga que tem coisas que eu não posso controlar, mas posso aprender a lidar. E eu estou aprendendo a viver um dia de cada vez. É isso. Só que vez ou outra eu ainda tenho vontade, e tenho medo quando isso acontece...(Águia, 13 anos).

Hoje em dia, eu ainda sinto vontade de me cortar às vezes, mas tento fazer outras coisas que estou aprendendo para não fazer. Com as visitas com a psicóloga, tomei coragem de contar para minha avó e ela tem me ajudado muito, agora faço acompanhamento psicológico com outra psicóloga e vou ao CAPS uma vez no mês com minha avó buscar meus remédios com a médica de lá. Ainda tem sido bem difícil, os problemas ainda existem e os medos e raivas também, mas eu estou tentando aprender a resolver de outras formas, isso é bem difícil. Hoje em dia eu saio mais com minhas amigas pra o shopping, mas não muito e vou a igreja com minha avó, fora as consultas que frequento...(Beija-flor, 16 anos).

[...]ela me levou num lugar que parecia um hospital, ela disse que era um consultório de uma psicóloga, eu não queria ir, mas não falei para ela, não queria decepcionar mais ainda ela. Por dentro eu gritava para não estar lá. Ela entrou primeiro e depois me chamou, a moça era bonita e até simpática, mas ali não era meu lugar. Naquele dia eu não falei nada. Ela me disse que iria duas vezes por semana, disse que se eu deixasse ela iria me ajudar. E mesmo sem querer ir, eu ia, até que começamos a nos dar bem. Se eu não tivesse com ela (psicóloga) eu não teria conseguido aceitar a reaproximação da minha mãe depois que ela voltou. Ela foi me ajudando a ver que eu tinha que parar de fugir dos meus medos, no início foi bem difícil, mas pela minha avó eu tentei. Eu até comecei a fazer amigos na escola, mas às vezes eu ainda sinto vontade de mim cortar, quando ela vem eu brinco com meu cachorro, que ganhei da minha avó, e se não estou em casa eu desenho. Agora eu tenho amigos, mas foi bem difícil conquistar. Eu nunca achei que conseguiria, mas eu tenho dois amigos agora...”(Fênix, 13 anos).

Nos relatos acima vemos a relação de Fênix e Beija-flor com a ajuda recebida. Elas aderem ao tratamento de forma gradativa e afirmam que o processo é lento e que o desejo de se machucar ainda existe, mas por seus familiares e amigos que as apoiam elas continuam motivadas a pararem de se autolesionar com a ajuda dos profissionais.

Síntese das Estruturas intencionais e universais de significados psicológicos (US)

A seguir apresenta-se a síntese das estruturas intencionais e universais, por meio da redução psicológico-fenomenológica a que se chegou após o caminho percorrido de buscar a compreensão das vivências de adolescentes que se autolesionam. Essa estrutura geral, conforme Quadro 7, se constituiu de acordo com os componentes das unidades de significado que se destacaram como constituintes essenciais para a vivência dos adolescentes.

Desta forma, a estrutura final apresentada a seguir ajuda traduzir de forma abreviada a busca por uma aproximação da essência vivenciada pelos participantes, em termos de significados psicológicos.

ESTRUTURA GERAL

Nas vivências dos adolescentes que se autolesionam, percebeu-se uma busca constante na amenização da vivência de sofrimento subjetivo por meio do corte intencional em seus próprios corpos. Tal sofrimento perpassou todas as constituintes essenciais encontradas, ocupando papel central nas falas dos participantes. Apresentaram dificuldades em lidar construtivamente com os conflitos intersubjetivos que surgiram em diferentes momentos nas suas vidas. Evidenciando dificuldade de expressão dos sentimentos e emoções de forma positiva. Levando-os a experienciarem baixa autoestima, percepção negativa de si e do mundo em que vivem, senso de ineficácia e sentimento de insuficiência para si e para as pessoas ligadas a eles.

A autolesão caracterizou-se como um comportamento realizado de forma escondida, privada, sem que as pessoas do ciclo social soubessem de tal ação. No entanto, observou-se que os adolescentes ao se esconderem entre roupas e quartos escuros, segurando objetos cortantes, afastamento gradativo das relações interpessoais próximas também emitem sinais de que gostariam de serem acolhidos, compreendidos e ajudados a lidarem com o que não conseguem entender em suas vivências.

Com isso percebeu-se que a autolesão foi utilizada como estratégia para lidar com a dor psíquica e não com desejo de suicidar-se, mesmo que este pudesse ter aparecido em alguns instantes no sofrimento percebido. O que a linha tênue que se cria entre o que é considerado aceitável na sociedade, “normal” e patológico na continuidade desse comportamento.

Nessa jornada árdua que muitos trilharam, e alguns ainda trilham, o desejo de conseguir ajuda era grande, mas ofuscava-se pelo medo do julgamento e das inseguranças emocionais. Assim, alguns conseguiram apoio e ajuda profissional, por meio do suporte emocional, psicológico e social, após terem suas ações reveladas, o que possibilitou ressignificarem o que sentiam e diminuir e/ou pararem com as autolesões.

Quadro 7: Síntese das estruturas intencionais

7 ANÁLISE PSICOLÓGICO-FENOMENOLÓGICA DA EXPERIÊNCIA DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESIONAM

A presente seção tem o objetivo de articular os resultados verificados nesta pesquisa com os principais conceitos teóricos da fenomenologia que se coadunam com os significados atribuídos pelos adolescentes na vivência de autolesão. Dito isto, para que se tivesse uma melhor organização nessa articulação entre teoria e resultados, estabeleceu-se a construção de eixos temáticos teóricos que fossem capazes de se alinhar com o modo como os resultados foram se apresentando.

Assim, essa articulação deu-se da seguinte forma: a motivação dos atos de autolesão dando-se a partir do modo como os adolescentes visavam aniquilar os sentimentos frustrantes e angustiantes de suas forças direcionou a construção do primeiro eixo temático teórico nomeado de: **Tentar ser forte a todo e a cada amanhecer: aspectos de causalidade psíquica e motivação**. Enquanto o segundo eixo temático **Voar pelo caminho: atos livres e impulsividade**, surgiu para que se pudesse conversar sobre a dimensão psíquica, corpórea e espiritual da formação da pessoa, acerca dos resultados relacionados com a expressão dos sentimentos dos adolescentes diante da autolesão. Já a necessidade de inter-relacionar os significados atribuídos às relações intersubjetivas diante da autolesão, encaminhou-se para o eixo temático de: **viver em dor, o que ninguém entende: vivências comunitárias**.

7.1 TENTAR SER FORTE A TODO E A CADA AMANHECER: ASPECTOS DE CAUSALIDADE PSÍQUICA E MOTIVAÇÃO

Ao se tratar da busca pela prática de machucar-se como meio de minimizar a vivência de sofrimento subjetivo, percebeu-se uma motivação por parte dos adolescentes e também causalidade psíquica, conforme os fundamentos de Edith Stein.

A causalidade psíquica e a motivação são constructos importantes estudados por Edith Stein que permite analisar a vivência desses adolescentes. Esses dois conceitos fazem parte dos estudos da filósofa em relação à constituição da Pessoa, sendo que eles estão unidos, mas pertencem a esferas distintas. A causalidade psíquica refere-se à psique, dimensão passiva, enquanto que a motivação pertence a

uma dimensão ativa, espírito (ALES BELLO, 2015; COSTA; GOTO; SCHIEVANO, 2019).

A relação existente na vivência dos adolescentes entre causalidade psíquica e motivação está presente quando, nos relatos, observa-se a ocorrência do desejo de livrarem-se dos sentimentos angustiantes e causadores sofrimento (sentimentos vitais) e na concretização da autolesão. A dimensão do espírito concebida pela motivação que diante da liberdade e dessa circunstância de vida dos adolescentes os levam a tomar a decisão da autolesão. Pode-se afirmar que a psique (desejo de machucar-se) e o espírito (decisão de machucar-se) não podem ser cindidos da dimensão corpórea (ALES BELLO, 2015; MAHFOUD; SAVIAN FILHO, 2017).

Essa causalidade psíquica é determinada tanto pelo mundo circundante como pelos dispositivos do corpo vivo. Os adolescentes, devido a essa dimensão psíquica, como sujeitos psicofísicos, não tem a opção de escolherem sentir ou não sentir as reações que são captadas pela dimensão do corpo vivo, como o impulso de machucarem-se, não tendo controle sobre eles. Já que é por meio do corpo que eles sentem os sentimentos vitais de angústia, tristeza e solidão (atos involuntários) (ALES BELLO, 2019; COSTA; GOTO; SCHIEVANO, 2019).

É possível perceber essa ação dos sentimentos vitais nos relatos de todos os colaboradores. Sendo ilustrado no trecho abaixo do relato de Fênix (13 anos).

Naquela hora, me invadiu um sentimento de dor e vazio que eu não posso nem descrever [...] a única coisa que estava do meu lado era um alicate de unha. Primeiramente foram só raspões, mas não ajudava completamente. Comecei a arranhar mais fundo, até eu perceber que eu realmente estava me cortando [...]"

Apesar de não conseguirem controlar o surgimento desses desejos, impulsos e do vir a tê-los ou não, eles possuem a capacidade de se voltar a algo e captar um outro sentido por meio do ato voluntário, chamado aqui de a motivação (ALES BELLO, 2019). Ela pertence à dimensão ativa do ser, espírito, na qual sua atuação é determinada por uma força vital que pode direcionar o adolescente a autolesionar-se ou a decisão de não fazê-lo.

Essa força vital, que Stein denomina como o movimento entre a causalidade psíquica (psique) e a motivação (espírito), pode ser considerada fraca ao ponto dos adolescentes não conseguirem ativar a atividade espiritual, por meio de atitude de equilíbrio diante dos problemas e frustrações que aparecem pelo caminho,

propiciando que a pessoa se sinta desanimada, sentindo-se incapaz de mudar a situação a qual percebe como desconfortante, mas também pode ser considerada forte o suficiente para mover para a ação uma pessoa (ALES BELLO, 2015; COSTA, GOTO; SCHIEVANO, 2019).

A partir disso, percebeu-se nos relatos dos adolescentes entrevistados a existência de uma força vital enfraquecida, ao afirmarem que não sentiam vontade de ficar próximo aos amigos e passando a evitar sair com eles ou mesmo com seus próprios familiares, preferindo estarem a sós, com seus pensamentos em seus quartos, do que na companhia de alguma pessoa. É o que se percebe no relato de Andorinha ao afirmar como se sente “[...] É como se eu não tivesse completa, eu me sinto sozinha e acho que a minha mente às vezes faz eu me afastar das pessoas de propósito [...]”.

E a atuação da força vital psíquica mais forte atuando em direção a uma ação, mesmo que esta fosse a ação de se machucar. Esta energia vital é diferente em cada pessoa, tanto ao que se refere à qualidade ou a intensidade dela. Essa singularidade da força vital é observada nos seguintes relatos de Fênix e Canário:

[...] Naquela hora, me invadiu um sentimento de dor e vazio que eu não posso nem descrever [...] a única coisa que estava do meu lado era um alicate de unha. Primeiramente foram só raspões, mas não ajudava completamente. Comecei a arranhar mais fundo, até eu perceber que eu realmente estava me cortando [...]” (Fênix, 13 anos)

[...] Eu comecei a me cortar, eu precisava fazer isso, não aguentava mais me sentir daquele jeito [...] (Canário, 13 anos).

Ales Bello (2015) afirma, com base nos entendimentos de Stein, que um elo importante capaz de recarregar essa força vital é a intersubjetividade. É no contato com o outro que se pode ressignificar e modificar essa força, com um novo frescor e entusiasmo. É possível verificar isso nos resultados encontrados quando Andorinha, Canário e Beija-Flor afirmam, a partir da experiência que tiveram, que aconselham outros jovens a não começarem a se machucar intencionalmente. O que direciona a reflexão de que apesar de eles não conseguirem parar sozinhos de se autolesionarem, passam a ter consciência das consequências negativas desse ato a ponto de tentarem redirecionar essa força vital para ajudar aos seus pares, bem como para se ajudarem.

O que define a direção dessa movimentação é a qualidade dessas relações. Como se pode verificar nos resultados desse estudo, um dos pontos bastante significativos para a manutenção do ato de autolesão pelos colaboradores da

pesquisa foi exatamente a fragilidade das relações interpessoais estabelecidas por eles na comunidade familiar e escolar, tal discussão será aprofundada no item “vivências comunitárias”.

Há ainda nessa constituição da pessoa a dimensão do corpo, na qual encontram-se os atos psicofísicos, aspectos que envolvem a corporeidade da pessoa, bem como sua temporalidade para que possamos de fato compreender o fenômeno. Conceitos esses que foram estudados por Husserl, bem como aprofundados por Stein e que estiveram presentes durante todo o processo de vivência dos adolescentes, já que a consciência do corpo vivo capaz de captar as sensações, consideradas por eles como, desagradáveis, desconcertantes e devastadoras de seu sentir, os direcionavam a uma fixação no presente de suas experiências dolorosas do passado e a dificuldade de perceberem um futuro diferente do presente que viviam (ALES BELLO, 2015; ESPÍNDULA, 2009; MAHFOUD; MASSIMI, 2013).

É a partir dessa experiência temporal, vivida por Andorinha, Beija-flor, Águia, Gavião, Canário e Fênix, que se estrutura a subjetividade que é também intersubjetividade captada pelo corpo vivo. Nessa relação com o outro, ou no caso dos adolescentes com os outros, que buscam construir a identidade (HOLANDA, 2014), reconhecendo a si por meio do contato com os outros.

Os resultados mostraram a consciência intencional no ato de machucar o próprio corpo diante da vivência de sofrimento subjetivo. Mas, o aspecto corpóreo aqui vai além de uma materialidade física, considerado um corpo vivo, capaz possuir sensações. Sendo este aspecto da corporeidade que nos remete as falas de Beija-flor e Fênix ao afirmarem que a “a dor física que sentem é menor do que o vazio angustiante sentido por elas”. Vale ressaltar que este sentido de vivência também perpassou os demais adolescentes, na Unidade invariante de “meu corpo marcado: Buscando alívio das vivências de sofrimento subjetivo” (MAHFOUD; MASSIMI, 2013).

A dimensão do corpo é dotada da capacidade de expressar a vida interior, assim como de uma temporalidade que não se separa da subjetividade. A percepção de tempo pode motivar e direcionar à ação, e, conseqüentemente, proporciona à consciência intencional novos objetos. Com isso, pode-se afirmar que os adolescentes ao tomarem a decisão (dimensão espiritual) em machucar-se e após esse ato vivenciam outra experiência que foi contrária ao que os motivou à prática, como medo, vergonha e até o desejo de não repetirem o ato, estavam tomando consciência a partir desse contato corpóreo da temporalidade da atitude tomada por eles e

redirecionando-os a busca de um futuro ao qual não precisassem fazer mais isso (ESPÍNDULA, 2009; 2019; MAHFOUD e MASSIMI, 2013).

Contudo, ainda com relação a temporalidade de Husserl, que foi explorada por Binswanger em psicopatologia fenomenológica, é possível afirmar que a angústia como característica da existência pode levar o sujeito a gerar uma psicopatologia, caso ele não consiga absorvê-la. Com isso, pode-se perceber que nos discursos dos adolescentes há a presença de sentimentos de angústia que os levam a vivência subjetiva de sofrimento e posterior recorrência do comportamento de machucar-se (ALES BELLO, 2015; BINSWANGER, 2001, HOLANDA, 2014).

7.2 VOAR PELO CAMINHO: ATOS LIVRES E IMPULSOS

A compreensão dos atos livres e dos impulsos foi imprescindível para se entender os significados psicológicos atribuídos pelos adolescentes diante da vivência de autolesão quanto a dificuldade em controlar o desejo de se machucarem, bem como as expressões de sentimentos e emoções imbricados com essa atitude.

De acordo com Ales Bello (2015) ao examinar os ensinamentos de Stein, a psique e o espírito, apesar de didaticamente separados, estão intimamente relacionados. Ao se realizar um ato, por exemplo, o *Eu* da pessoa se dirige a alguma coisa, que de ato em ato, intenciona um sentido a ele. Sendo que o conteúdo desse sentido dado às várias facetas desse ato é imprescindível para se distingui-los se são atos psíquicos, chamados de atos impulsivos, ou espirituais, chamado de atos livres.

A liberdade de um ato se relaciona com a capacidade do *eu* se voltar a algo e, em seguida, aceitá-lo ou negá-lo, ativando a realização de uma ação. Assim, os atos livres que fazem parte da dimensão espiritual da pessoa nos levam em direção à aceitação ou rejeição de um pensamento ou sentimento vital, compondo-se de valor ético negativo ou positivo. Considerando que o ato livre é uma vivência voluntária e intencional, a sua concepção dá-se com a apercepção e define-se como atos superiores (ALES BELLO, 2015; ESPINDULA, 2009; MAHFOUD; SAVIAN FILHO, 2017).

Já o impulso que também consta um querer, mas diferentemente do ato livre que é volitivo, ele está na dimensão psíquica como ato involuntário. Os impulsos internos são reações fortes e espontâneas capazes de direcionar uma pessoa a mover-se em

uma direção, mas necessitam da influência dos atos livres, para tomar determinada decisão. Isso ocorre porque os impulsos dependem do estado vital pelo qual foi gerado configurando-se apenas na vivência de uma satisfação real ou não satisfação, já que eles são conversões diretas da energia vital em atividade que flui por meio deles (ALES BELLO, 2015; ESPINDULA, 2009; COSTA; GOTO; SCHIEVANO, 2019).

Porém, para compreender o funcionamento desse estado vital definido por Stein é preciso retornar a dimensão do corpo. Um corpo com dupla acepção exterior que toca o objeto externo a ele e interior que permite a apreensão desse mundo exterior por meio das sensações. Como interioridade, esse corpo vivo (*Leib*) é o que sente e sofre as consequências do que é captado pelo corpo exterior (*körper*) por meio das sensações e sentimentos vitais (ALES BELLO, 2019; HOLANDA, 2014).

Ales Bello (2019) afirma que cada pessoa pode, em decorrência das experiências que forem vivenciadas, apreender as sensações e sentimentos em diferentes graus de intensidade. Isso se deve à clareza da consciência, isto é, quanto mais intensa é a vivência, maior a clareza da consciência em relação a ela, mesmo não direcione a pessoa a uma reflexão enquanto atos voluntários.

Os adolescentes mostraram a ação da impulsividade ao se machucarem diante da percepção de conflitos que não conseguiam resolver no momento da vivência, colocando-os diante da autolesão como única alternativa, de acordo com eles, para minimizar os sentimentos de impotência advindos do conflito vivido. O que demonstra o estado vital que eles vivenciavam os sentimentos vitais de dor subjetiva, sofrimento, tristeza, angústia anteriores à autolesão e a raiva de si mesmos, medo, arrependimento e culpa após tornarem-se conscientes do que haviam realizado em seus corpos. Como se verifica nos relatos abaixo:

[...]eu me cortei a noite quando cheguei em casa e todos já estavam dormindo. Aí eu senti um alívio, um alívio temporário, porque voltou de novo, aí depois voltou tudo de novo e eu pensei “vou me cortar de novo”, aí começou, começou, começou...tipo um círculo vicioso, sabe? [...] (Canário, 13 anos).

[...] se tornou um vício, não consegui mais parar, já fiz no meu braço, na minha perna e até na minha barriga. Tanto que já tenho até cicatrizes... Eu me sinto mal depois que passa a dor física, mas é como se eu não conseguisse ter controle sobre o meu próprio corpo e nem minha mente [...] (Beija-flor, 16 anos).

[...] Eu só comecei a riscar meu braço com a caneta e depois fiz com mais força, aí comecei a sentir um alívio, aí foi quando fiz com tanta força que machucou, depois disso eu fiz com a gilete de apontador e até com a lâmina de barbear do meu pai [...] Eu pegava qualquer coisa que tivesse no momento

na minha frente, parecia um louco, não conseguia ficar calmo enquanto eu não me cortasse [...] (Gavião, 16 anos)

Nos relatos acima que demonstram os impulsos sentidos pelos adolescentes a partir da apreensão de diversas sensações desagradáveis a eles, e também, os direciona a ação livre, permeada pela escolha de machucarem-se novamente mesmo após tornarem-se conscientes da atitude por eles tomada diante da intensidade dos sentimentos vitais.

7.3 VIVER EM DOR, O QUE NINGUÉM ENTENDE: VIVÊNCIAS COMUNITÁRIAS

Uma das contribuições mais importantes de Husserl e Stein está presente da definição de comunidade que se fez necessária para a compreensão do objeto deste estudo, já que sem as relações com o outro em comunidade não se pode compreender os significados das vivências subjetivas.

Em comunidade a pessoa passa do individualismo para o coletivismo, estabelecendo vínculos pessoais e ligações morais que afetam diretamente a formação da pessoa em todas as suas dimensões. Stein considera que cada Eu individual vive como pessoa e como comunidade. A dimensão comunitária não sucumbe a dimensão pessoal, mas coexiste ativamente, de modo que é possível perceber isso na vida comunitária familiar, na qual o eu individual possui suas vivências singulares e se estabelece em comunidade (ALES BELLO, 2006; 2015).

No entanto, não se pode falar de vivências em comunidades sem falar da intersubjetividade. Para Husserl a intersubjetividade é transcendental, pois a apreensão do *eu* próprio e individual só se concebe a partir do encontro com o *eu* do outro. E que de acordo com Holanda (2014) ocorre por meio da corporeidade, onde tem se a consciência da existência do outro a partir do meu corpo. O autor afirma que “a semelhança da corporeidade alheia com a minha própria é o que estabelece o ponto de partida para a constituição desse outro”.

A interioridade desse outro na relação intersubjetiva dá-se por meio da empatia, na qual há uma relação de reciprocidade entre os dois pólos, já que uma das pessoas sente não vivencia apenas dela, mesmo que para ela seja singular.

Ales Bello (2017) contribui, ainda, com esta pesquisa ao apresentar os conceitos de Husserl sobre vínculos pessoais autênticos, simples comunidades comunicativas

e personalidade de ordem superior. Nessa perspectiva, as vivências comunitárias perpassam pelos vínculos linguísticos (que permitem a comunicação mais intensa e eficaz tornando possível a troca de emoções e ideias) até a personalidade de ordem superior (representada por formações determináveis com algum substantivo singular, como a família e a escola, por exemplo). De modo que a qualidade desses vínculos pessoais autênticos estabelecidos por meio da comunicação, do diálogo, é que proporcionará ao sujeito a formação de associações mais amplas e estruturadas a ponto de estabelecerem solidez em seus relacionamentos e iniciativas nas demais comunidades como a família e a escola.

A família é considerada por Stein como a primeira comunidade da pessoa, por meio da intersubjetividade familiar, sendo a mais significativa na ligação do indivíduo e na sua formação enquanto pessoa. Seguida da comunidade de amigos, de conhecidos e da comunidade geral. Cada pessoa dentro da família possui limitações e falhas que carregam consigo juntamente com os aspectos positivos e as dificuldades no estabelecimento das relações que estabelecem a existência do outro (ALES BELLO, 2006; ESPÍNDULA, 2009).

Os adolescentes relataram intensos conflitos interpessoais quando se referiram às vivências familiares, tanto anteriores ao início da autolesão por eles como após a revelação do comportamento de autolesão a eles, que interferem diretamente com o modo como atribuem significado às suas relações.

Andorinha questiona, por exemplo, o distanciamento emocional de sua mãe em relação ao modo como ela tem se sentido no mundo, já que segundo ela sua mãe opta por oferecer mais atenção e apoio a seu cônjuge do que a ela que é filha. Tal percepção e falta de vínculos autênticos entre os demais membros da família evidenciam uma constituição da pessoa fragilizada e com dificuldade em construir um núcleo de identidade seguro emocionalmente, já que não se têm uma vivência comunitária recíproca e empática conforme a compreensão de Stein.

Canário, assim como Andorinha, vivencia perdas na constituição familiar, no entanto, em seu caso há o rompimento de uma relação por meio da separação de seus pais, a qual ele se coloca como culpado. Águia revela a existência tanto de conflitos familiares quanto entre os colegas de mesma idade. Já em Beija-flor e Fênix observa-se que apesar de existirem a vivência de conflitos com núcleo familiar, pai e mãe, sentem-se apoiados por suas avós maternas, principalmente, após a identificação por elas da autolesão. Gavião, apesar de conviver com ambos os pais

também apresenta a vivência de conflito intersubjetivo, mas que em seu caso, fica mais evidente a direção tomada em relação aos valores familiares do que em relação às pessoas em si.

Diante desse cenário acima dos adolescentes percebe-se que a família que deveria ser a primeira comunidade, estabelecendo uma reciprocidade de vivências, ofertando uma comunicação colaborativa capaz de auxiliar um desenvolvimento próprio seguro emocionalmente, com bases no respeito, direcionando-os à continuidade desse desenvolvimento e constituição de uma identidade própria em outros espaços comunitários como escola, por exemplo, não o faz. O que se leva a refletir que na realidade essas famílias não alcançam uma constituição de comunidade como define Stein, interpretada por Ales Bello (2006; 2015), mas apenas uma sociedade.

A família como comunidade é provida de sentimentos de amor, compreensão, solidariedade e reciprocidade que servem de apoio à vivência de busca da identidade na qual o adolescente passa, tornando-o autônomo, responsável e consciente de suas motivações com valores éticos e morais (ALES BELLO, 2006; 2015; ESPÍNDULA; FERREIRA, 2017).

Quando a família não oferece as bases necessárias para uma resolução saudável dessa fase de transição e os conflitos familiares se sobressaem sobre a vivência dos conflitos intrapsíquicos, o adolescente tende a vivenciar uma vulnerabilidade psicoemocional, na qual não se sente seguro e nem autoconfiante o suficiente para falar abertamente com a família sobre suas angústias. Esse cenário pode possibilitar a abertura a comportamentos de riscos (PRATTA; SANTOS, 2007; BERGER, 2003).

Viu-se nos resultados que a vivência de conflitos familiares esteve presente nos relatos de todos os adolescentes entrevistados, o que contribuiu para eles se perceberem como ineficazes e com baixa segurança emocional quanto à resolução de outros conflitos interpessoais, como no caso da Águia que relata ter vivido bullying na escola devido a sua aparência física. O que corrobora com o que foi encontrado por Guerreiro, Sampaio e Figueiras (2014) ao demonstrar que a existência de conflitos intrafamiliar, vítimas de *bullying* e negligência familiar eram alguns dos preditores à prática de automutilação nos adolescentes.

Outros autores como Cypriano e Oliveira (2017) que estudaram a relação entre o bullying e a autolesão, bem como Santos et al (2018) que visaram estudar as causas

e consequências da autolesão em adolescentes corroboram com os resultados encontrados.

Com isso, percebe-se que não há um único fator que determine que um adolescente irá ter o desejo de machucar, mas que existem vários fatores internos e externos que podem influenciar tal ato. De modo que a resolutividade de tal vivência requer uma postura multidisciplinar, envolvendo tanto a família como a escola, e demais vínculos estabelecidos pelos jovens. E que as instituições escolares necessitam repensar posturas acolhedoras de toda a comunidade escolar para lidarem com a descoberta de casos que muitas vezes é realizada na escola, já que este é o ambiente que os adolescentes costumam passar mais tempo.

Os meios de comunicação, como a internet e redes sociais, também apareceram nos resultados, mas de forma sutil, ou seja, apenas um dos adolescentes relatou sentir-se melhor nesses espaços do que nas relações reais. No entanto, já existem vários estudos que comprovam que muitos jovens que se autolesionam passam anos se machucando sem que ninguém perceba, mas comunicam e compartilham suas experiências com as lâminas de forma anônima na internet (DINAMARCO, 2011; FERREIRA, 2014; OTTO; SANTOS, 2016; FERREIRA; CAMPO, 2018).

A comunidade na perspectiva fenomenológica difere de qualquer concepção de comunidade que existe nas ciências naturais, pois ela está imbricada na interioridade da pessoa. Ela é um “viver com” que implica em uma abertura interpessoal ao diálogo e a formação da pessoa. Nessa perspectiva, a comunidade familiar e escolar, por meio do apoio, é capaz de proporcionar ao adolescente que vivencia sofrimento subjetivo e que direciona a sua força vital ao desejo de livrar-se decidindo-se pela autolesão, a vivência de novas experiências que modificam a direção dessa decisão para o uso de outras estratégias de enfrentamento, mesmo que ainda haja a percepção de sofrimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa derivou-se da inquietação desta pesquisadora de como os adolescentes vivenciavam a autolesão e o modo como atribuíam significados a essa vivência diante de suas diversas relações intersubjetivas, na família, na escola e na comunidade. O interesse surgiu, também, pelo fato dessa pesquisadora fazer parte de uma das escolas como psicóloga e acompanhar de perto essa problemática.

Os resultados e as discussões se comunicaram com o referencial teórico fenomenológico e com o levantamento bibliográfico sobre autolesão em adolescentes.

Nesse contexto, a busca pela autolesão foi utilizada pelos adolescentes como forma de lidarem com os conflitos que não conseguia resolver, visando a um alívio do sofrimento subjetivo vivido. Apresentaram baixa autoestima, baixo senso de eficácia em relação à qualquer atividade que tivessem que desenvolver e baixa tolerância às frustrações nas relações intersubjetivas, principalmente, familiares.

A realização dos machucados ocorria em locais privados, na maioria das vezes, nas suas próprias casas, nos momentos em que estavam sozinhos, seguindo-se com a ocultação das marcas produzidas pelos objetos perfurocortantes por meio do uso de casacos, mesmo em dias de altas temperaturas, esquivando-se em participar de atividades escolares de educação física e até isolamento das relações interpessoais com os pares/colegas. Verificou-se também que mesmo que os machucados intencionais fossem praticados nos domicílios, era mais comum que a descoberta do que faziam ocorresse no contexto escolar.

O aspecto relacionado à percepção de suporte psicossocial pelos adolescentes, principalmente, em relação ao apoio psicológico, social e emocional, apresentou-se como determinante na descoberta, manutenção ou não continuidade da autolesão. Observou-se que quando existe esse apoio por parte da família, da escola e dos pares aos adolescentes ele se torna um fator de proteção e ressignificação. Do contrário, a ausência pode contribuir com a manutenção e agravamentos das autolesões, tornando-se fator de risco. Nesse estudo encontrou-se os dois aspectos e no caso da ausência de apoio ou da existência de apoio deficitário percebeu-se que a família e a escola, muitas vezes, não sabem como lidar com o adolescente ao se darem conta de que eles se machucam intencionalmente.

Não saberem como lidar com esse fenômeno os direcionou a atitudes que não auxiliavam no processo de ressignificação e mudança de direção da força vital desses

jovens. Sendo comum que a família negligenciasse muitas vezes a existência de sofrimento vivido pelos adolescentes, invalidando os sentimentos vividos por eles. Encontrou-se também a ausência da postura da escola, por meio dos relatos, ao afirmarem que a escola não se importava com eles.

No entanto, houveram adolescentes que tiveram o apoio emocional, de compreensão, sem julgamento, a partir da descoberta do que faziam e os devidos encaminhamentos para que pudessem não continuar a se machucar. Nesses casos observou-se a importância da rede de apoio familiar e escolar na não continuidade da autolesão, mesmo que o desejo continuasse a existir.

Com isso, percebemos que não foi um único fator que determinou que um adolescente tivesse o desejo de se machucar, mas que há vários fatores internos e externos que podem influenciar nessa decisão. De modo que a resolutividade de tal vivência requer uma postura multidisciplinar, envolvendo tanto a família como a escola, e demais vínculos estabelecidos pelos jovens. E que as instituições escolares necessitam repensar posturas mais acolhedoras de toda a comunidade escolar para lidarem com a descoberta de casos que muitas vezes é realizada na escola, já que este é o ambiente que os adolescentes costumam passar mais tempo.

Contudo, esses resultados em relação à autolesão em adolescentes não visam esgotar a temática e nem sua representatividade quantitativa, pois o que se objetivou foi compreender esses adolescentes a partir do que eles vivenciaram sob a perspectiva da formação da pessoa dos pressupostos epistemológicos da fenomenologia de Edmund Husserl e Edith Stein. Tendo sempre um olhar sobre o sujeito na sua totalidade, sem um olhar na patologia, mas na vivência da pessoa. Tal atitude possibilitou um encontro com o outro em sua alteridade e respeito recíproco.

O percurso realizado nessa jornada foi muito gratificante, enquanto profissional da área da saúde e como pesquisadora, pois escutar, acolher e sentir cada relato dos adolescentes diante do que passaram (e passam) em suas vidas em um olhar fenomenológico, sem que tivesse a finalidade de julgá-lo, nem mesmo curá-los, mas apenas estar ali para eles naquele momento único de um encontro terapêutico de diálogo que me permitiu um crescimento e amadurecimento enquanto ser humano.

Considerando que esta pesquisa alcançou os objetivos propostos e que possui relevância social e científica sobre o tema estudado, esta pesquisadora propôs junto com sua orientadora a produção de um trabalho técnico, conforme as normas da CAPES, sobre a saúde mental de adolescentes que se autolesionam.

O trabalho técnico a que se pretende elaborar, conforme esboço no Apêndice A, é um curso na modalidade de oficina com carga horária de 20 horas. Ele deverá conter os principais aspectos encontrados nos resultados sobre a autolesão em adolescentes, tendo em vista a necessidade percebida de haver uma devolutiva no viés preventivo e de orientação às instituições que cederam seus espaços e acolheram o desenvolvimento do estudo, bem como tentar diminuir a lacuna que existe entre a produção científica e as necessidades e problemas cotidianos ligados ao tema.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBELL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALVARENGA, R. Os fundamentos transcendentais da daseinsanalyse psiquiátrica de Ludwig Binswanger. **Revi. Letinoamericana de psico. Fundamental**, v. 20, n. 2, p. 368-381, jun. 2017.

ALES BELLO, A. Fenomenologia Do Corpo e Da Sexualidade: Aspectos Antropológicos e Psicológicos. *In: **Psicologia fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa***. ESPÍNDULA, Joelma Ana Gutiérrez (Org). Boa Vista; Editora da UFRR, 2019. pp.16.

_____. Gênese da comunidade. *In **Diálogos com Edith Stein: Filosofia, Psicologia e Educação***. MAHFOUD, Miguel; SAVIAN FILHO, Juvenal. (Orgs.). São Paulo; Paulus, 2017. Pp.55.

_____. Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. *In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. **Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectiva***. São Paulo: Ômega, 2001, p 15-22.

_____. **Pessoa e comunidade: Comentários: Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2015.

_____. **Introdução à Fenomenologia**. Bauru: EDUSC, 2006.

AMATUZZI, M. M. **Por uma psicologia humana**. 3ª ed. Campinas: Alínea, 2010.

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

ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a conduta autolesivas: Revisão integrativa da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 25, n. 2, p. 293-300, 2012.

ARCOVERDE, R. L. **Autolesão deliberada: relatos em comunidades virtuais**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

ARMOND, J. E.; GORIOS, C.; ZOLLNER, A. C. R.; CONSTANTINO, C. F.; RODRIGUES, C. L. Autoagressões e tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes na cidade de São Paulo no ano de 2013. **Revista Brasileira de Medicina Moreira Junior**, v. 15, n. 10, p. 355-360, Out./2015.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 24, n. 10, p. 2334-2346, 2008.

BEE, H. Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In: _____. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERGER, K. S. **O desenvolvimento da pessoa: Da infância à adolescência**. 5ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

BERNARDES, S. M. **Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015. 123p. Dissertação (Mestrado profissional em ciências da saúde mental e psicossocial). Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

BINSWANGER, L. Sobre psicoterapias. **Revista Latinoamericana de Psicologia Fundamental**, vol. 4, n. 1, p. 143-166, 2001.

BORGES, L. M.; Silva; J. Cardoso. Corpo e automutilação: um estudo de caso. **Boletim Entre SIS**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 2, p. 21-29, jul./dez. 2018

BORGES, C. N. L. O. **A Flor da pele: algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão**. 2012. 112p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica – Instituto Universitário de Psicologia Aplicada), Lisboa, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3ª ed. Brasília: 1990.

_____. Casa Civil. Site do Planalto. In http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Publicado em 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica nº 24: saúde na escola**. Brasília: MS, 2014.

_____. PORTARIA INTERMINISTERIAL No 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017 Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/prt_pse_1055_25_04_2017>.pdf. Acessado em: 22 de junho de 2017.

_____. Portal do ministério da saúde; Programa de saúde na escola. Brasília; 2017. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acessado em: 23 de junho de 2017.

BUSSMANN, C. E.; PRETTO, B.. Relato de experiência: percepção acerca do significado dos cortes no corpo do adolescente. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 9, n. 3, 2017.

CEDARO, J. J. NASCIMENTO, J. P. G. Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, vol. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

CHAVES, I. S.; SANTOS, L. B.; MACEDO, L. F. L.; RIBEIRO, M. E. M. A. S. R.; COSTA, S. G. Cutting ou autolesão: Entendendo melhor o problema nos adolescentes através de uma revisão teórica. **Revista Qualidade de Vida: Aprendendo para viver melhor**, 2015.

COSTA, I. I.; GOTO, T. A.; SCHIEVANO, B. A.. Vivências psicológicas de homens que buscam profissionais do sexo: Uma proposta de análise psicológica-fenomenológico. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.10. n1, p. 90-104; 2019.

CYPRIANO, C. P.; OLIVEIRA, I. R. Ocorrência do bullying e sua correlação com as escalas psicométricas SCARED e CDI, o consumo de álcool e a automutilação em escola pública municipal de Salvador, Brasil. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 283-287, set./dez. 2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

DINAMARCO, A. V. **Análise Exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos expostos na internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação**. 2011. 117p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DUTRA, E. A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, vol. 7, n. 2, p. 371-378, 2002.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, abr./jun. 2005.

ESPÍNDULA, J. A.G. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. 2009. 233p. Tese de doutorado – Universidade de São Paulo (USP). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, 2009.

ESPÍNDULA, J. A.; FERREIRA, M. R. Saúde mental: aspectos psicossociais de adolescentes em uma Escola Rural na perspectiva fenomenológica. In: **Psicologia: relatos e experiências**. Neves, L. R.; Ramos, C. E. (Orgs.) Boa Vista: Editora da UFRR, 2017.

ESPÍNDULA, J. A.G.; GOTO, T.A.; **Algumas reflexões sobre a fenomenologia e o método fenomenológico nas pesquisas em psicologia**. In: *Psicologia fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa*. ESPÍNDULA, Joelma Ana Gutiérrez (Org). Boa Vista; Editora da UFRR, 2019. pp.32.

FAVAZZA, A. R. The coming of age of self-mutilation. **The Journal of Nervous & Mental Disease**, Baltimore, v. 186, n. 5, p. 259-268, 1998.

FEIJÓ, R. B; OLIVEIRA, E. A.; Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 77, Supl.2, p. 125-133, 2001.

FEIJOO, A. M. L. Calvo de; GOTO, T. A.; É possível a fenomenologia de Husserl como Método de pesquisa em psicologia? **Revista Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v.32, n.4. pp. 1-9. 2016.

FERREIRA, J. C. **Mensagens sobre escarificações na internet: um estudo psicanalítico**. 2014. 116p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, vol. 41, n. 2, p. 251-9, 2007.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

FORTES, I.; MACEDO, M. M. K. Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, 20 (38): pp. 353-367. Julio-Diciembre, 2017. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GIORGI, A; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em Psicologia**. Lisboa: Fim de século, 2010.

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

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D.; FIGUEIRA, M. L. Relatório da investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológico, temperamento afetivo e estratégias de coping". Lisboa; Set. 2014.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, vol. 24, n. 3, p. 363-372, 2014.

HOLANDA, A. F. (Org.). **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003.

HOLANDA, A. F. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: Elementos para um entendimento metodológico. *In* **Psicologia e fenomenologia: Reflexões e perspectivas**. BRUNS, Maria Alves de Toledo; HOLANDA, Adriano. Campinas (Orgs.), SP. Editora Alínea; 2007. Pag. 56

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (eds.). **Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KOVÁCS, M. J. Comportamentos autodestrutíveis e o suicídio. In: _____. **Morte e desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 165-187.

LE BRETON, D. O risco deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes. **Política & Trabalho**, João Pessoa, n. 37, p. 33-44, 2012.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. **Pesquisa qualitativa em psicologia**. 5ª. ed. São Paulo: Moraes, 2005.

MELO, A. K.; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, 18-34, jan/mar. 2017.

MOREIRA, V. Da empatia à compreensão do lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista fenomenológica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 59-70, mar. 2009.

MOREIRA, V. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica – XVII(2)**: 172-184, jul-dez, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre saúde no mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em 30 de julho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: descrições clínicas e diagnósticas. DSM-05. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAPALIA, D. E; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PENSO, M. A.; BRASIL, K. C. T. R.; ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

PITA, J.; MOREIRA, V. As fases do pensamento fenomenológico de Ludwig Binswanger. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 679-687, out./dez. 2013.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, vol. 12, n. 2, 247-256, maio/ago. 2007.

REIS, M. de N.. Automutilação: O Encontro Entre O Real Do Sofrimento E O Sofrimento Real. **Polêmica**, v. 18, n. 1, p. 50-67, janeiro, fevereiro e março 2018 – DOI: 10.12957/polemica.2018.36069

RICHARTZ, M. **Comportamento autolesivo da pele e seus anexos: definição, avaliação comportamental e intervenção**. 2013. 94p. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Federal de Londrina, Londrina, 2013.

ROCHA, G. Conduas autolesivas: Uma leitura pela Teoria do Apego. **Revista Brasileira de Psicologia**, vol. 2, n. 1, p. 62–70, 2015.

RODRIGUES, A. C. T. Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VIII, 4, 754-768. **Clássicos Da Psicopatologia**; ano VIII, n. 4, dez/2005.

ROMERO, E. **O inquilino imaginário: Formas de alienação e psicopatologia**. 3ª ed. São Paulo: Lemos, 2001.

SANTOS, A. A. dos, B. et al. Automutilação Na Adolescência: Compreendendo Suas Causas E Consequências. **Revista Temas em Saúde**. Volume 18, Número 3. João Pessoa, 2018.

SILVA, M. F. A.; SIQUEIRA, A. C. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais de Rolim de Moura – RO. **Revista Farol**, vol. 3, n. 3, p. 5-20, 2017.

SILVA, A. C.; Botti N. Cristiane Lappann. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Nº 18; Dez.,2017.

SILVA, A. C.; Botti, Nadja C. Lappann. Caracterização do perfil de participantes de um grupo de automutilação no Facebook. **Salud & Sociedad**; V. 9; No. 2; PP. 160 – 169; Mayo – Agosto; 2018.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 60, n. 4, p. 391-5, jul./ago. 2007.

SOUZA, C. M.; GIANLUPPR, M. V. P. Implantação do programa saúde da família no estado de Roraima. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 53, n. esp, p. 135-137, dez. 2000.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

ULBRICH, G. D. S.; OSELAME, G. B.; Oliveira, Elia M. Eduardo Borba. Motivadores da ideação suicida e a autoagressão em adolescentes. **Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente**. UERJ. Vol. 14. Nº2 Abr/Jun 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative 2014**. Retirado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em 18 de julho de 2017.

_____. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Retirado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/. Acessado em 19 de julho de 2017.

_____. World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Retirado de <http://projeto.unasus.ufsc.br/violencia/oms-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 14 julho de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Proposta da Oficina: Saúde mental de adolescentes: Um olhar sobre as vivências de automutilação e auto-destruição

Apresentação: A autolesão é uma temática que tem ganhado espaço no meio científico como objeto de estudo devido ao aumento no número de casos noticiados, e até notificados aos serviços de saúde, praticados por adolescentes. O que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera-lo como saúde pública. Com isso, é preciso ampliar as intervenções para além da família, ocupando os espaços públicos aos quais os adolescentes convivem, como a escola, por exemplo. A escola é lugar de crescimento e desenvolvimento cognitivo, emocional e social.

Objetivo: A ideia da capacitação é aprimorar a compreensão dos professores, familiares e alunos sobre os desafios da adolescência relacionados à saúde mental, principalmente, com foco nos comportamentos de autolesão. Objetivando com isso possibilitar a vivência de experiências relacionadas aos principais questionamentos ligados a autolesão, tais como, o que é? Os fatores motivadores ligados ao ato? Como identificar alguém que esteja se machucando e como agir? Quais as redes de apoio e suas funções? Dentre outros aspectos,

Previsão de Carga horária: 20 horas, divididos em 7 encontros dinâmicos sob as contribuições da fenomenologia com duração de 3 horas.

Público Alvo: Comunidade escolar (professores e pais).

Previsão: Outubro/Novembro de 2019 (Aplicação do Piloto) do Projeto de Prevenção a ser encaminhado para ação de Extensão/PRAE da UFRR).

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado(a) pela pesquisadora Maria Andreлина do Nascimento Oliveira, do Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde (PROCISA), da Universidade Federal de Roraima (UFRR), sob a orientação da professora Dr^a Joelma Ana G. Espíndula, em relação a minha participação no projeto “guarda-chuva” intitulado: **“Estudos em saúde mental de usuário, família, profissional e trabalhador na rede psicossocial na instituição e na comunidade urbana e rural: um olhar da Psicologia”**. O objetivo geral analisar as práticas de cuidado na saúde mental dos usuários, familiares, profissionais e trabalhadores nos diversos eixos temáticos em saúde e saúde mental, prevenção e promoção de saúde em diferentes instituições e comunidades, Boa Vista- Roraima, visando uma reflexão sobre a prática dos profissionais nesses diversos contextos, nas diferentes fases do desenvolvimento humano na Amazônia Setentrional. Este projeto é vinculado ao sub-projeto intitulado: **“Saúde mental de adolescentes que se autolesionam: Contribuições da fenomenologia”**, o qual tem como objetivo Identificar e analisar as vivências psicológicas de adolescentes, em idade escolar, que se autolesionam e como estão articuladas suas redes de apoio, caso existam, (família, escola, amigos, comunidade), no município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima. Para a realização da pesquisa será feita uma entrevista fenomenológica, por permitir maior profundidade e ter caráter terapêutico, partindo-se de uma questão norteadora, como **“Conte-me como é/era para você quando sente/sentia vontade de se machucar?”** A colaboração na pesquisa, poderá apresentar **benefícios** como **a possibilidade de acolhimento da livre expressão de pensamentos e sentimentos, além de intervenções de apoio para que possam evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar danos, considerando características e contexto do(a) participante da pesquisa.** O **possível risco** tem a possibilidade de eventual desconforto psicológico pela manifestação de diferentes emoções, como por exemplo, a tristeza provocada pela reflexão e/ou pela recordação que alguma pergunta possa desencadear ao participante, caso ocorra tal situação o participante será encaminhado para acolhimento psicológico do Serviço de Psicologia da UFRR. A qualquer momento poderá se recusar a participar do estudo, e tendo a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRR): Av. Cap. Ene Garcez, 2413 - Aeroporto (Campus do Paricarana), Bl. da PRPPG. Fone: (95) 3621-3112 R: 26.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do adolescente _____

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes a pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Assinatura do pesquisador _____

Boa Vista, RR _____ de _____ de _____.

Para fins de esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Maria Andreolina do Nascimento Oliveira Gonçalves
Fone: (95) 98110-1519

Nome: Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. e-mail: espindulajoelma@gmail.com
Endereço: Av: Capitão Ene Garcez, Nº2413 - Bairro: Aeroporto, Centro de Educação (CEDUC), Bloco I, sala 4 (quatro), Boa Vista-RR. Fone: (95) 98104-5627 ou 36213103

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) pela pesquisadora Maria Andreлина do Nascimento Oliveira, do Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde (PROCISA), da Universidade Federal de Roraima (UFRR), sob a orientação da professora Dr^a Joelma Ana G. Espíndula, em relação a minha participação no projeto “guarda-chuva” intitulado: **“Estudos em saúde mental de usuário, família, profissional e trabalhador na rede psicossocial na instituição e na comunidade urbana e rural: um olhar da Psicologia”**. O objetivo geral analisar as práticas de cuidado na saúde mental dos usuários, familiares, profissionais e trabalhadores nos diversos eixos temáticos em saúde e saúde mental, prevenção e promoção de saúde em diferentes instituições e comunidades, Boa Vista- Roraima, visando uma reflexão sobre a prática dos profissionais nesses diversos contextos, nas diferentes fases do desenvolvimento humano na Amazônia Setentrional. Este projeto é vinculado ao sub-projeto intitulado: **“Saúde mental de adolescentes que se autolesionam: Contribuições da fenomenologia ”**, o qual tem como objetivo Identificar e analisar as vivências psicológicas de adolescentes, em idade escolar, que se autolesionam e como estão articuladas suas redes de apoio, caso existam, (família, escola, amigos, comunidade), no município de Boa Vista, capital do Estado de Roraima. Para a realização da pesquisa será feito uma entrevista fenomenológica, por permitir maior profundidade e ter caráter terapêutico, partindo-se de uma questão norteadora, como **“Conte-me como é/era para você quando sente/sentia vontade de se machucar?”** A colaboração na pesquisa, poderá apresentar **benefícios como a possibilidade de acolhimento da livre expressão de pensamentos e sentimentos, além de intervenções de apoio para que possam evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar danos, considerando características e contexto do(a) participante da pesquisa.** **O possível risco** tem a possibilidade de eventual desconforto psicológico pela manifestação de diferentes emoções, como por exemplo, a tristeza provocada pela reflexão e/ou pela recordação que alguma pergunta possa desencadear ao participante, caso ocorra tal situação o participante será encaminhado para acolhimento psicológico do Serviço de Psicologia da UFRR. A qualquer momento poderá se recusar a participar do estudo, e tendo a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFRR): Av. Cap. Ene Garcez, 2413 - Aeroporto (Campus do Paricarana), Bl. da PRPPG. Fone: (95) 3621-3112 R: 26.

Eu, _____, responsável pelo menor de idade.....declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do pesquisador _____
Boa Vista, RR _____ de _____ de _____.

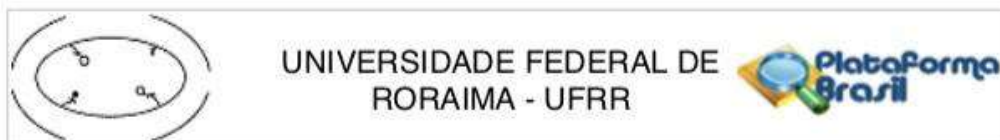
Para fins de esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Maria Andreлина do Nascimento Oliveira Gonçalves

Fone: (95) 98110-1519

Nome: Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. e-mail: espidulajoelma@gmail.com Endereço: Av: Capitão Ene Garcez, Nº2413 - Bairro: Aeroporto, Centro de Educação (CEDUC), Bloco I, sala 4 (quatro), Boa Vista-RR. Fone: (95) 98104-5627 ou 36213103

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudos em Saúde mental dos usuários, familiares e profissionais na rede psicossocial e na comunidade: um olhar da Psicologia

Pesquisador: Joelma Ana Espíndula

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58455916.5.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: CARTA INFORMATIVA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Justificativa: Informação referente aos subprojetos vinculados ao projeto guarda-chuva.

Data do Envio: 12/12/2017

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

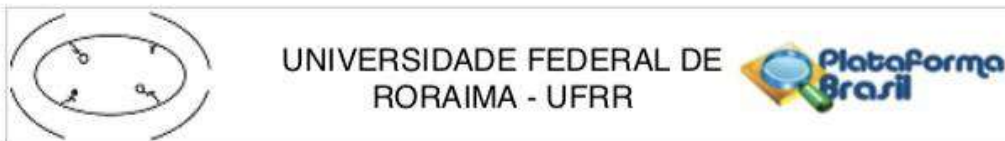
Número do Parecer: 2.486.436

Apresentação da Notificação:

Informar ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR a vinculação dos subprojetos:

- 1) Saúde mental de adolescentes que se autolesionam em uma escola pública: um estudo fenomenológico;
- 2) Saúde mental e estratégias psicossociais para o enfrentamento da homossexualidade e prática religiosa: um olhar fenomenológico;
- 3) Estudo das vivências de profissionais da saúde mental em projetos de inclusão em Centros de Atenção Psicossocial em Boa Vista, Roraima, por meio do método fenomenológico;
- 4) Profissionais nos serviços em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): sobrecarga, estresse e qualidade de vida;
- 5) Contribuições da fenomenologia na psicologia clínica do transtorno de hábitos e impulsos de uma jovem: estudo de caso;

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.486.436

- 6) Compreendendo o significado dos modos de ser-no-mundo dos usuários com transtorno mental em um CAPS-III de Boa Vista-RR;
- 7) Luto materno: a resignificação do viver após a perda de um filho com câncer;
- 8) Vivência comunitária dos venezuelanos que migraram para Boa Vista-RR: um olhar a partir da fenomenologia de Edith Stein;
- 9) Contribuições da fenomenologia na psicoterapia em situação de separação dos pais: estudo de caso.

Estes sub-projetos estão vinculados ao projeto guarda-chuva intitulado: "Estudos em saúde e mental de usuário, família, profissional e trabalhador na rede psicossocial na instituição e na comunidade urbana e rural: um olhar da Psicologia". O projeto guarda-chuva é um Projeto de pesquisa com duração de cinco anos (2016/2021) com o propósito de desenvolver subprojetos de pesquisas de iniciação científica, trabalhos de conclusão de curso (TCC) e mestrados, principalmente com os alunos do curso de graduação em Psicologia da UFRR, alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) e o sub-projeto de Pós-doutorado da docente.

Objetivo da Notificação:

Informar ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR a vinculação dos subprojetos ao projeto guarda-chuva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

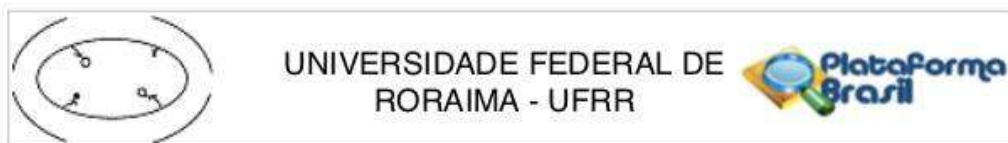
Segundo a pesquisadora, a pesquisa oferece riscos mínimos como a possibilidade de eventual desconforto psicológico pela manifestação de diferentes emoções, como por exemplo, a tristeza gerada pela reflexão e/ou pela recordação que alguma pergunta possa desencadear ao participante.

Os benefícios em participar deste estudo consistem em contribuir com a produção de conhecimento para prevenir e promover o desenvolvimento pleno e positivo, ao longo do ciclo vital, e assim, auxiliar os indivíduos a vivenciarem de forma mais apropriada e saudável as etapas e os desafios em diferentes âmbitos da vida, inerentes a cada período de vida.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A pesquisa é relevante, segundo a pesquisadora, pois visa discutir a temática da saúde mental especialmente em relação a atuação do psicólogo com usuários, familiares e profissionais em diferentes instituições, no município de Boa Vista, no âmbito urbano e rural, visando uma reflexão sobre a prática dos profissionais nesses diversos contextos, nas diferentes fases do desenvolvimento, em uma abordagem qualitativa e fenomenológica.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.486.436

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as exigências da Resolução N° 466/12.

Recomendações:

Sugere-se a aprovação do Colegiado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Notificacao_Carta_informativa.pdf	12/12/2017 14:40:45	Joelma Ana Espíndula	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 05 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
MANUELA SOUZA SIQUEIRA CORDEIRO
 (Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br