



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Aplicadas



RAFAEL MORAIS PICCININ

**“UMA DOR PELA OUTRA”:** UMA CARACTERIZAÇÃO DO  
FENÔMENO DA AUTOLESÃO ENTRE ADOLESCENTES

**“ONE PAIN FOR THE OTHER”:** A CHARACTERIZATION OF THE  
PHENOMENON OF SELF-INJURY AMONG ADOLESCENTS

LIMEIRA  
2021



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Aplicadas



RAFAEL MORAIS PICCININ

**UMA DOR PELA OUTRA: UMA CARACTERIZAÇÃO DO  
FENÔMENO DA AUTOLESÃO ENTRE ADOLESCENTES**

*Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas.*

*Orientador:* Prof. Dr. João José R. Lima de Almeida.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO RAFAEL MORAIS PICCININ, E ORIENTADO PELO PROF. DR. JOÃO JOSÉ R. LIMA DE ALMEIDA.

LIMEIRA  
2021

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas  
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

P581d Piccinin, Rafael Morais, 1984-  
"Uma dor pela outra" : uma caracterização do fenômeno da autolesão entre adolescentes / Rafael Morais Piccinin. – Limeira, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: João José Rodrigues de Lima Almeida.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Adolescência. 3. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. I. Almeida, João José Rodrigues de Lima, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** "one pain for the other" : a characterization of phenomenon of self-injury among adolescents

**Palavras-chave em inglês:**

Self-injurious behavior

Adolescence

Interdisciplinary approach to knowledge

**Área de concentração:** Modernidade e Políticas Públicas

**Titulação:** Mestre em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

**Banca examinadora:**

João Jose Rodrigues de Lima Almeida

Eduardo José Marandola Jr.

Loraine Vivian Gaino

**Data de defesa:** 16-11-2021

**Programa de Pós-Graduação:** Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-5830-098>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8323538811111850>

## **Folha de Aprovação**

**Autor:** Rafael Morais Piccinin

**Título:** “Uma dor pela outra”: Uma caracterização do fenômeno da autolesão entre adolescentes

**Natureza:** Dissertação

**Área de Concentração:** Modernidade e Políticas públicas

**Instituição:** Faculdade de Ciências Aplicadas – FCA/Unicamp

**Data da Defesa:** Limeira-SP, 16 de novembro de 2021.

### **BANCA EXAMINADORA:**

Prof. Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida (orientador)  
Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA/Unicamp

Prof. Dr. Eduardo José Marandola Junior (membro)  
Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA/Unicamp

Profa. Dra. Loraine Vivian Gaino (membro externo)  
Centro Universitário Hermínio Ometto - FHO -UNIARARAS

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno(a).

## DEDICATÓRIA

*A todos que, direta ou indiretamente, fomentaram meu apetite pela pesquisa científica que foi aguçado como nunca a partir da presente dissertação.*

## **AGRADECIMENTOS**

Meu eterno agradecimento,

Ao Prof. Dr. João José de Lima Almeida, por me levar pelo caminho que trilhei e por sempre me estimular.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humana e Sociais Aplicadas (ICHSA) pelas acaloradas discussões em aula sobre o tema da pesquisa ou não.

À banca formada pelos professores Loraine Gaino e Eduardo Marandola Jr. por apontamentos indispensáveis a este trabalho.

Aos meus pais por terem dado o exemplo e todas as condições para que eu pudesse iniciar-me nos estudos da psicologia.

À minha analista por ser continente e me fazer acreditar nas minhas potencialidades.

Aos participantes dessa pesquisa, por confiar no meu trabalho e me fornecer esse precioso material.

Aos colegas do Mestrado do ICHSA com quem tive a oportunidade de discutir sobre a interdisciplinaridade e muitos outros temas.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho.

*“I hurt myself today  
To see if I still feel  
I focus on the pain  
The only thing that's real”*

*(Hurt - Nine Inch Nails)*

## RESUMO

A autolesão entre adolescentes tem se tornado um problema comum na contemporaneidade, marcado pelo avanço do número de adolescentes que se autolesionam. Essa psicopatologia tem em seu bojo um plantel de características singulares que advém da falta de capacidade de pensamento construída da criança e podem ser fruto de suas primeiras relações. Iremos trilhar um caminho a partir de repercussões de uma sociedade de riscos e as implementações das políticas do Estado acerca da etiologia e possibilidades de prevenção da autolesão a partir de uma proposta interdisciplinar. A adolescência é tida como fase de transição entre a infância e a idade adulta, com particularidades e um lugar único nas relações sociais. Essa territorialidade que se configura ao adolescente marca seu corpo enquanto continente da identidade, seu psiquismo e suas relações em múltiplas escalas. O presente estudo tem como objetivo compreender como a autolesão se manifesta entre os adolescentes entrevistados de uma pequena cidade do interior do Estado de São Paulo. Como objetivos específicos buscamos discutir a participação da família e da sociedade atual na autolesão entre os adolescentes entrevistados, além de discutir os fatores que levaram esses adolescentes à prática da autolesão ou que diminuíram sua prática. A justificativa desse estudo ocorre, pois, as concepções de família e sociedade de adolescentes podem se fazer úteis na compreensão do fenômeno das autolesões, uma vez que as causas já delimitadas por inúmeros autores têm sua gênese nas relações familiares, sociais e questões intrapsíquicas que são constituídas por essas mesmas relações. O método consistiu na realização de entrevistas com adolescentes do sexo feminino que praticam ou praticaram autolesão. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevistas desenvolvido especificamente para este intento. Os dados coletados através das entrevistas foram transcritos, categorizados e submetidos a análise de conteúdo. Como resultado levantamos que há uma maior prevalência no sexo feminino de questões ligadas a figura paterna e ausência de programas específicos de apoio para com esses adolescentes, entre outros. Concluiu-se que de modo geral a autolesão é um fenômeno socialmente construído a partir das relações desses adolescentes tanto com seus familiares como das pessoas de sua convivência.

**Palavras-chave:** Comportamento Autodestrutivo; Adolescência; Abordagem interdisciplinar do conhecimento.

## ABSTRACT

Self-injury among adolescents has become a widespread problem nowadays, marked by the increase in the number of adolescents who self-injure themselves. This psychopathology comes in its wake a squad of unique characteristics that come from the child's lack of built thinking capacity and may be the result of their first relationships. We will, however, follow a path, based on the repercussions of a risk society and the implementation of State policies on the etiology and possibilities of preventing self-injury from an interdisciplinary proposal. Adolescence is seen as a transitional phase between childhood and adulthood, with particularities and a unique place in social relationships. This territoriality, that configures the teenager, marks their body as a continent of identity, their psyche and their relationships on multiple scales. The present study aims to comprehend how self-injury manifests itself among adolescents interviewed from a small town in the interior of the State of São Paulo. As specific objectives, we seek to discuss the participation of the family and current society in self-injury among the interviewed adolescents, in addition to discussing the factors that led these adolescents to practice self-injury or that reduced their practice. The justification for this study occurs because the conceptions of family and society of adolescents can be useful in explaining the phenomenon of self-injury, as the causes already delimited by numerous authors, it has its genesis in family, social relationships, and intrapsychic issues that are constituted by those same relationships. The method consisted of conducting interviews with female adolescents who practice or practice self-injury. The instrument employed was an interview script developed specifically for this purpose. Data collected through the interviews were transcribed, categorized, and subjected to content analysis. As a result, we found that there is a higher prevalence in females, as well as issues related to the father figure and the absence of specific support programs for these adolescents, among others. It was concluded that, in general, self-injury is a socially constructed phenomenon based on the relationships of these adolescents both with their families and with the people they live with.

**Keywords:** Self-Injurious Behavior; Adolescence; Interdisciplinary approach to knowledge.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Caracterização dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, escolaridade, familiares na residência, denominação religiosa e hobbies - 2021.....35
- Quadro 2:** Categorias e temas que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa. ....37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ASIS:** Autolesão Sem Intenção Suicida

**CAAE:** Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CDC:** Center for Disease Control

**CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa

**CID:** Classificação Internacional de Doenças

**CNS/MS:** Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde

**CONEP:** Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

**CVV:** Centro de Valorização da Vida

**DOU:** Diário Oficial da União

**ECA:** Estatuto da Criança e do Adolescente

**ICHSA:** Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

**NSSI:** *Nonsuicidal Self-Injury*

**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial

**TALE:** Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UPAM:** Unidade de Pronto Atendimento Municipal

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1: UMA VISÃO PSICANALÍTICA DO TEMA .....	20
CAPÍTULO 2: ENTREVISTAS .....	31
1. METODOLOGIA .....	31
2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	32
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4. GARANTIAS ÉTICAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA. ....	33
5. COLETA DE DADOS.....	34
6. ENTREVISTAS .....	35
7. RESULTADOS .....	37
8. DISCUSSÃO.....	39
CAPÍTULO 3: O ESTADO E O ADOLESCENTE QUE SE AUTOLESIONA.....	62
CAPÍTULO 4: O CORPO COMO TERRITÓRIO E A PELE COMO FRONTEIRA.....	71
1. O CORPO E A PELE.....	72
2. REFAZER AS FRONTEIRAS .....	75
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
APÊNDICE I – DADOS PESSOAIS E ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	86
APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS .....	88
ANEXO I – LEI 13.819/2019 .....	96
ANEXO II –DECRETO 10.225/2020.....	98

## APRESENTAÇÃO

O meu interesse, naquilo que muitos disseram que era uma “densa” temática, se deu a partir de inúmeros atendimentos que realizei na minha carreira de psicólogo com adolescentes que praticavam a autolesão, em especial no serviço público de um pequeno município do estado de São Paulo.

Esse interesse perdurou por anos, resultando anteriormente a este trabalho um minucioso estudo de caso, no curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica no CEFAS (Centro de formação e Atenção à Saúde), das quais surgiram algumas das hipóteses e motivações para o desenvolvimento desta dissertação.

Fui motivado a adentrar neste tema a partir da minha percepção de que além de comum entre adolescentes, a autolesão estava aumentando. Mas quando alguns desses adolescentes abandonavam esta prática, seja por buscar ajuda ou por algum outro motivo, aconteciam menos retornos e encaminhamentos ao serviço.

Sabemos que experiências individuais a princípio não podem ser generalizadas, no entanto me chamaram a atenção para o fato de que podia ser indicativo de que eventos externos ao indivíduo poderiam estar compelindo-o a prática da autolesão.

Se estes fatores etiológicos que aumentavam a taxa de autolesão estivessem no meio externo aos adolescentes, mesmo que houvesse também fatores internos ou até mesmo psicopatológicos para o surgimento deste fenômeno, esses fatores poderiam ser estudados e compreendidos.

Essa compreensão permitiria traçar fatores de risco ou mesmo protetores, seja a família e sua estruturação, seja algum meio mais abrangente como a sociedade que já faz parte da vida desse adolescente, como elementos que poderiam diminuir ou contribuir para o aumento da taxa de autolesão antes eles.

Neste sentido poder-se-iam colocar algumas questões: seria então sua constituição psíquica que determinaria isto? A resiliência poderia protegê-los? Uma boa família ou aporte social adequado o fariam? O que explicariam os aumentos percebidos nas taxas de autolesão entre adolescentes ou o que as diminuiriam?

Mas afinal, o que é a autolesão? Lembramos daqueles cortes feitos nos braços de adolescentes que têm se tornado cada vez mais comum entre eles, mas não apenas isso deveria

ser classificado como autolesão. Vamos considerar todo aquele ferimento autoinflingido com o objetivo principal de causar dor.

É descartada também a tentativa de suicídio, mesmo que isso possa ocorrer sem a intenção daquele que pratica os cortes. Por isto, diferenciamos essa prática através do termo Autolesão Sem Intenção Suicida (ASIS).

Tentaremos durante esta dissertação discorrer sobre esses pontos a partir de um estudo interdisciplinar, marcado por temas que transpassam a sociologia, psicopatologia e a psicanálise, de forma a contribuir entre elas e expandir o olhar para este problema.

Utilizaremos da territorialização do corpo do adolescente para demonstrar que esta tem papel importante na constituição do psiquismo desse adolescente e pode refletir diretamente na autolesão. A individualização, a falta de pertencimento ou limites são fatores que têm relevante importância para a constituição do Eu. Estes fatores têm influências específicas quando pensamos na adolescência

Estaria na autolesão um sentido político? Com a retomada de seu corpo e o estabelecimento de fronteiras, que quando não se pode fazer de outra maneira, seja simbólica ou construída nas relações, se faz de uma maneira menos elaborada psiquicamente, modificando a pele, sua fronteira mais concreta.

Pressupomos que esses adolescentes que realizam as automutilações percebem as relações familiares e sociais como pouco continentais, que não tenham sido satisfatórias para aplacar suas angústias, o que se tornou um fator relevante na constituição psíquica desses adolescentes e que precisaram tornar essa dor, concreta para suportá-la.

Iremos então primeiro fazer, no primeiro capítulo, faremos uma breve revisão psicanalítica sobre o tema, em especial da teoria bioniana, tendo a pele como metáfora para o termo continente, cunhado por Wilfred R. Bion, além de sua teoria do pensamento, que nos possibilitaria refletir acerca de uma possibilidade de os adolescentes vivenciarem a dor, não de uma forma concreta, não alexitímica, mas simbólica e através dos pensamentos e emoções. A escolha da teoria bioniana se deu por conta do uso do termo continente, que abriria espaço para se pensar a pele enquanto continente do psiquismo.

Depois, imediatamente, no capítulo II, apresentaremos 5 entrevistas com adolescentes que praticaram autolesão e foram atendidas no CAPS I de uma cidade do interior de São Paulo. As respostas às perguntas que formulamos a essas adolescentes servirão de base

para a classificação das características problemáticas relevantes na pesquisa e como pano de fundo para a discussão dos resultados coletados.

A partir dos resultados coletados e da sua discussão, traçaremos, no terceiro capítulo, paralelos sociológicos entre a adolescência e a influência do Estado, na questão da autolesão. Esse percurso terá como objetivo contextualizar o adolescente na sociedade brasileira, das políticas públicas voltadas para ele, além de contribuições de Ulrich Beck e Luc Boltanski referente à sociedade de risco e à dominação gestonária, respectivamente. Esses dois autores se coadunam com a tese de que a dominação gestonária só pode ocorrer em uma sociedade onde ocorre a individualização dos riscos.

No quarto capítulo, discorreremos sobre o corpo adolescente e sua relação com a autolesão. A autolesão será tratada enquanto uma possibilidade de ser, ou mesmo considerarmos uma ontologia da autolesão, como uma forma de refazer os limites do corpo e da pele com o auxílio dos autores Didier Anzieu e David Le Breton. Esses autores nos trarão importantes reflexões sobre a pele e seu papel simbólico na constituição dos indivíduos. Assim, juntamente com outros autores demonstraremos que a pele, a nível simbólico, tem um dos mais altos papéis de individualização.

Por fim, nas considerações finais iremos abordar os principais resultados desta pesquisa e demonstrar lacunas que podem ser sanadas em novos e importantes estudos no Brasil.

O objetivo geral deste trabalho, portanto, é buscar compreender como a autolesão se manifesta entre os adolescentes entrevistados.

E como objetivos específicos buscamos:

1) Discutir a participação da família e da sociedade atual na autolesão entre os adolescentes entrevistados.

2) Discutir os fatores que levaram esses adolescentes à prática da autolesão ou que diminuíram sua prática.

As escarificações na pele não são um fenômeno contemporâneo. Ao longo da história, essas sempre tiveram função em ritos e tradições religiosas ou de grupo que eram vinculadas a algo simbólico que lhes servia de marco ou ritual de passagem à vida adulta. Para Le Breton (2003, p.14) os antropólogos percebem essas práticas de forma mais ambivalentes e mais ricas em significados, por isso faz-se necessário entendê-las sem que sejam reduzidas a clichês.

“Práticas ritualizadas e públicas de ataques deliberados ao corpo são comuns em muitas sociedades humanas, muito além dos ritos de passagem onde são tradicionais”.<sup>1</sup>

Devemos ressaltar na literatura, que

“O primeiro artigo sobre automutilação publicado na literatura médica, em 1846, foi um relato de caso de uma viúva maníaco-depressiva de 48 anos que removeu seus próprios olhos. Ela cometeu a enucleação porque sentia que seus olhos a estavam levando a desejar homens e, conseqüentemente, a pecar” (ARAÚJO *et al.*, 2016, p.501).

Em contrapartida, nos campos do conhecimento ligados diretamente a saúde, mesmo com um forte caráter curativo diferentes correntes concebem a autolesão de distintas concepções. Uma delas está no Código Internacional de Doenças (CID) vigente atualmente: CID 10 “X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante” ou como sintoma de outras psicopatologias decorrentes de transtornos de personalidade.

Essa prática também contida como sintoma, no “F60.3 - Transtorno de personalidade com instabilidade emocional” ou também conhecido como “Transtorno *Borderline*”. Deste referencial bebem tanto a Psicologia como a Medicina, em especial a Psiquiatria, que concebem os usos das práticas exclusivamente médicas e escapam ao escopo de nosso intento.

Dentro do campo da Psicologia, as que mais apresentam publicações sobre o tema são as teorias comportamentais e as psicanalíticas. A primeira é uma corrente que concebe a autolesão através do paradigma da Terapia Cognitivo-Comportamental e suas variantes as quais propõem, a partir da análise de antecedentes e mantenedores do comportamento autolesivo, assim como através de técnicas pré-estabelecidas a diminuição do comportamento (KLONSKY e MUEHLENKAMP, 2007).

A corrente psicanalítica, por sua vez, concebe fatores relacionais e constitutivos da formação da personalidade, suas relações familiares primeiras e com o outro. Autores dessa corrente comumente associam a autolesão à incapacidade de representar a dor emocional através de sentimentos e tentam representá-las de forma concreta ao proporcionar dor física. Esta capacidade é adquirida através da relação com a presença de outro sujeito que possa oferecer a ressonância que o sujeito precisa para legitimar sua dor. Caso essa dor não ressoe

---

<sup>1</sup> *Les pratiques ritualisées et publiques d'atteintes délibérées au corps sont courantes dans maintes sociétés humaines, bien au-delà des rites de passage où elles sont traditionnelles*

em ninguém, ela se mantém no sujeito e é redirecionada ao próprio corpo. Assim afirmamos que essa é uma forma particular de redirecionamento da dor, a autolesão, e que está contemporaneamente presente, principalmente entre adolescentes (FORTES e KOTHER MACEDO, 2017).

Acredita-se na concepção psicanalítica que as relações familiares, desde tenra idade, e posteriormente as sociais, se fazem um território propício para o desenvolvimento dessa capacidade de simbolizar a dor, como exposto acima, e pretendemos explorar com esse estudo as representações de família que foram responsáveis pela constituição desses adolescentes. Existem trabalhos que correlacionam a autolesão com psicopatologias maternas (SIMIONI, 2017). Algumas consequências desses problemas, das formas atuais das relações familiares e sua associação com a socialização serão discutidas no terceiro capítulo desta dissertação.

Como já foi dito acima, o conceito de autolesão usado nesta dissertação consiste em comportamentos intencionais de autolesão sem intenção suicida, e que não o tenha como principal objetivo fins estéticos, como dito a respeito das tatuagens.

Essa distinção se faz necessária pois existe inclusive um termo próprio na psiquiatria, autolesão sem ideiação suicida ou do inglês *Nonsuicidal Self-Injury* (NSSI)

Para Walsh (2006), o termo automutilação, apesar de atualmente ser visto tanto por quem pratica como quem trata dessas pessoas como pejorativo, ainda é o termo mais difundido no Brasil. Para ele,

Desde meados da década de 1990, a linguagem usada para se referir a comportamentos como corte auto-infligido, arranhões, queimaduras, batidas e escoriações de feridas mudou. Anteriormente referido como "automutilação, o termo mais comum e popular tornou-se 'autolesão'<sup>2</sup> (WALSH, 2006, p.3).

Não apenas os cortes na pele são formas de autolesão. Podemos observar outras formas de se produzir dor no corpo. Whitlock e Lloyd-Richardson (2019) *apud* Aragão Neto (2019) listam as principais formas descritas de autolesão, dentre elas:

- 1) Palavras ou símbolos esculpidos na pele
- 2) Cortar a pele

---

<sup>2</sup>“Since the mid-1990s, the language used to refer to behaviors such as selfinflicted cutting, scratching, burning, hitting, and excoriation of wounds has changed. Previously referred to as “self-mutilation,” the more common and popular term has become “self-injury”.

- 3) Coçar a pele até ferir
- 4) Queimar ou marcar a si mesmo
- 5) Friccionar a pele até queimar
- 6) Bater ou socar objetos ou a si mesmo com a intenção de se machucar
- 7) Bater em si mesmo com algum objeto
- 8) Morder parte do corpo
- 9) Arrancar o cabelo
- 10) Interferir na cura de uma ferida (pegando, arrancando a casca)
- 11) Bater a cabeça (mais comum no autismo ou retardo mental)
- 12) Excesso de piercings ou tattooing
- 13) Enfiar objetos embaixo da pele
- 14) Rasgar a pele
- 15) Esfregar objetos pontiagudos na pele
- 16) Quebrar um osso (mais comum em surtos psicóticos)
- 17) Amputar um membro do corpo (mais comum em surtos psicóticos).

\* Pode ser validado socialmente, mas também pode ser uma forma de ASIS, principalmente se o alívio de dor é uma das razões para realizar-se o ato” (WHITLOCK & LLOYD-RICHARDSON, 2019, *apud* ARAGÃO NETO, 2019, p.25).

No Brasil, onde se faz menção principalmente ao termo automutilação, poucas são as vezes que se utilizam os também termos como autolesão ou autodano, como os trabalhos publicados em língua inglesa, que utilizam os termos *self-injury* – como já foi explicado – e *self-harm*, para designar a prática desses adolescentes. Por outro lado, uma vertente mundial tem considerado o termo automutilação como pejorativo e escolhido autolesão para se referir às práticas-alvo deste estudo, de modo que o termo começa a ser usado também no país.

Quanto aos casos no Brasil, até o momento não existem estudos quantitativos ou estatísticas sobre a incidência de autolesão entre adolescentes, sendo essa inclusive uma queixa recorrente em estudos sobre o tema no país. Em relação a estudos de outros países, temos dados bastante variáveis, por conta dos recortes de cada estudo.

Em estudos estadunidenses realizados em 2011, os resultados apontaram que 6% da população geral já praticou autolesão, enquanto 14% de os adolescentes que eram estudantes em 2002 e 60% dos adolescentes em internação psiquiátrica em 2005 também praticaram

ASIS. Já no Reino Unido 6,9% dos adolescentes estudantes em 2002 praticaram autolesão (GIUSTI, 2013).

Em recente estudo estadunidense, observou-se que

Os serviços de emergência viram um aumento de 25,5% nos últimos 2 anos em pacientes que tiveram pensamentos suicidas, se machucaram ou ambos, de acordo com um relatório do CDC [Centro de Controle de Doenças americano]<sup>3</sup> (KUEHN, 2020, p.917).

Acreditamos que a pesquisa que se segue tem relevância pois discute um tema contemporâneo e com alto grau de risco para aqueles que o praticam.

---

<sup>3</sup> *“Emergency departments have seen a 25.5% increase the past 2 years in patients who’ve had suicidal thoughts, harmed themselves, or both, according to a CDC report”*

## **CAPÍTULO 1: Uma Visão Psicanalítica do Tema**

A adolescência, ou como a compreendemos na pós-modernidade, é caracterizada em sua maturação por inúmeras transições físicas, sociais, culturais e psíquicas, e por conta desta última, é marcada por ritos de transição da infância para a vida adulta.

Uma das práticas que atualmente tem ocorrido e se difundido entre esses adolescentes são as autolesões, as quais tentaremos discutir sua etiologia, a relação com uma mente com falhas na integração e a incapacidade do indivíduo de simbolizar.

A pele é o tecido que dá sustentação e forma ao corpo, e tem como funções a proteção e marca da individualidade. Podemos comparar ao termo cunhado por Anzieu, nomeando a pele a superfície do aparelho psíquico e posteriormente o termo “Eu-pele”. Anzieu (2000) completa que uma das funções do Eu-pele é estabelecer uma barreira de representações que proteja a psique de um excesso de excitações internas ou externas, mantendo a constância na quantidade de afetos e deslocando parte da energia psíquica para o trabalho de pensar.

A partir do que fora exposto no excerto anterior, devemos agora pensar a pele enquanto função simbólica de estabelecer um limite entre o Eu e o Outro. Entre aquilo que é interno e o ambiente e mediar do ponto de vista econômico e simbólico a energia em busca de uma homeostase da energia psíquica decorrentes das pressões internas e externas ao indivíduo.

Com isso, Fortes e Kother Macedo (2017) traduzem que, no caso da autolesão, existe a descarga direta de uma tensão insuportável, tendo como alvo o corpo, na medida em que não se encontrou uma via possível para que a dor psíquica, ou como falamos no parágrafo anterior, essa pressão interna ou externa, pudesse ser traduzida em palavras.

Corroborando com o excerto anterior observamos que essa descarga se torna a solução derradeira em detrimento de outros mecanismos de defesa que não se fizeram suficientes como observamos em Levy (2015) que diz que:

Frente a emoções ou a moções pulsionais que desbordam a capacidade de representação do adolescente, primeiramente este excesso será evacuado no sistema somático, gerando doenças psicossomáticas propriamente ditas e, se isso não for suficiente, procurará ser dominado através da ação do masoquismo por exemplo, podendo haver oscilação de uma a outra forma no curso de uma análise (LEVY, 2015, p. 605).

Notamos a partir dessas emoções ou moções supracitadas que podem existir diversos motivos para o aumento da tensão. Fortes e Kother Macedo (2017) em seu estudo longitudinal ao ler em blogs relatos de adolescentes sobre as autolesões observaram que em suas narrativas havia a incidência de acontecimentos penosos que antecederam os cortes, como a morte de um irmão menor ou termino de um namoro. Acontecimentos estes, que segundo os autores, produziam uma dor psíquica insuportável que o adolescente não teve recursos mais saudáveis para lidar para que pudesse partilhar essa dor, potencializada por um forte sentimento de solidão pela inexistência do outro.

Podemos então discorrer que esta homeostase tende a ser mais perturbada na adolescência, em decorrência dos conflitos e embaraços subjetivos deste período. O adolescente, quando convocado a se posicionar enquanto homem ou mulher, quando da dificuldade de simbolizar, tem como uma saída possível marcar o corpo. Esse eu, que é simbolicamente delimitado por uma pele psíquica, quando dos conflitos experienciados como uma possível invasão, define como o alvo das lesões a pele, aquela que representa essa borda que também é psíquica.

Essa invasão, ou violência pode advir também da ausência do outro. Fortes e Kother Macedo (2017) trouxeram a partir das narrativas encontradas em blogs que sempre houve uma importante menção da ausência, na qual se esperava a presença do outro. Para os autores, essa ausência reforça ainda mais a impossibilidade de encontrar palavras para a dor, já que a ressonância deste que está presente é uma condição necessária para que a metabolização do sofrimento ocorra e que o psiquismo se constitua.

Levando isso em consideração, se faz necessário que o indivíduo deva simbolizar suas mais insuportáveis dores. Para Peres, Caropreso e Simanke (2015), a representação de palavra adquire sua significação através da sua representação de objeto, que por sua vez adquire significado por sua associação com as sensações corporais. Os mesmos autores ainda, sobre as afasias<sup>4</sup>, baseados nas obras “Estudos sobre a histeria” de Freud e Breuer (1895/1996b) e no “Projeto de uma psicologia científica” (FREUD, 1895;1996a), dizem que é possível inferir a partir daí que seriam as sensações corporais que atribuem significados a essas afasias. Com isso, as palavras denotam sensações corporais, associando-se a partir dos objetos.

---

<sup>4</sup> Etimologicamente: a não-fala

Essa nomeação das sensações, em consenso com expressivos teóricos da psicanálise, é feita pela mãe ou aquele que cumprir com este papel, com o que iremos, de forma a sintetizar esses pensamentos, chamar de maternagem.

Segundo Wolff, De Carvalho e Da Costa (2012) condições psicóticas podem se inaugurar pela flacidez ou privação do continente materno diante das cargas agressivas projetadas pelo bebê, que podemos incluir aqui também as sensações corporais, e que de alguma forma não foram suportadas e simbolizadas pela maternagem.

Essa falha na relação, seja por conta da própria mente do bebê ou por inúmeros fatores, não permitiu que a mãe pudesse exercer a função continente desse bebê, função essa que está intimamente ligado à estruturação do psiquismo. Ainda assim, segundo Wolff, Carvalho e Costa (2012 p.5):

As emoções brutas voltam a habitar a mente do bebê pela mesma via pela qual foram expelidas, e muitas vezes acrescidas das angústias da própria mãe, com os afetos agressivos, sem representação e destino, atacando os vínculos afetivos e perceptivos (WOLFF, CARVALHO, COSTA; 2012; p.5).

A maternagem acima descrita encontra equivalente na teoria de Bion quando falamos do termo *rêverie* delineado pelo autor em “O aprender com a experiência”, que seria a capacidade da mãe (ou mesmo do analista) de acolher, nomear, decodificar e significar os objetos ou angústias (ou identificações projetivas<sup>5</sup>, boas ou más) do filho e, posteriormente, devolvê-las desintoxicadas. Os autores ainda acrescentam que é através da função alfa realizada pela mãe ou do analista que isso se torna possível. A função alfa será explanada nos próximos parágrafos.

Mas, agora questionamos que conteúdos são esses que precisam ser metabolizados primeiramente no aparelho psíquico da mãe, para que posteriormente possam ser re-introjados no filho, à medida que isso acontece, em um desenvolvimento adequado da personalidade, esse mesmo filho poderá construir sua própria função alfa, desta vez internalizada dentro dele próprio.

---

<sup>5</sup> “Expressão introduzida por Melanie Klein para designar um mecanismo que se traduz por fantasias em que o sujeito introduz a sua própria pessoa (*hisself*) totalmente ou em parte no interior do objeto para lesar, para o possuir ou para o controlar”. (LAPLANCHE; PONTALIS 2001 p.232). Bion, no entanto, de acordo com Zimmerman (2001) expande esse termo ao considerá-la realista (indispensável ao desenvolvimento do bebê e para suportar a realidade e que seria uma forma de comunicação) ou excessiva (quando se torna demasiadamente ilusória, trazendo à tona onipotência e os fragmentos que são projetados), assim como esse processo se dá pela emissão de elementos beta, em busca de um continente que possa significá-los.

Esses conteúdos citados acima são aqueles que Bion (1991) nomeou como elementos beta, que são aquelas impressões ou emoções que não tiveram qualquer alteração, ou seja, em estado bruto. Para Bion (1991, p.11), “os elementos betas não são sentidos como fenômenos, mas como coisas em si”, o que não é pensado ou transformado, pois tem uma percepção bruta, em plena concretude, sem qualquer abstração. Essas experiências, segundo Zimerman (2004, p.84) “devem ser expulsas e evacuadas para fora, como nos *actings*<sup>6</sup>, por exemplo”. Por isso elas não se prestam para a função de pensar e são vivenciadas como concretas, “coisas em si mesmo”.

Esses elementos betas, os quais descrevemos anteriormente não são tolerados pela consciência, e, por conta disso, faz-se necessário que os mesmos sejam transformados e sejam possíveis de serem simbolizados e pensados. Quando esses elementos betas são decodificados através da função alfa, tornam-se então, conforme descrito por Bion (1991), elementos alfa.

Para tanto, faz-se necessário que exista no aparelho psíquico uma instância que possa fazer essa transformação, assim como uma mãe ou substituto que possa exercer essa função para que ela pudesse ser internalizada, a função alfa.

Também descritos por Bion (1991), os elementos betas estão relacionados à experiências mais concretas ou como dito anteriormente a “coisa em si mesmo” e os elementos alfa relacionam-se com o abstrato.

Proporemos que a pele, em nível simbólico, seja o representante no corpo da função alfa. É a função alfa, como a pele, que possibilita a separação do indivíduo e sua mãe. O bebê pode se tornar separado de sua mãe à medida em que adquire a função alfa, que pode sozinho metabolizar suas angústias e transformá-las em elementos alfa. Quando ainda da existência majoritária de elementos beta a pele psíquica ainda não está formada, é preciso reconstruí-la. Reconstruir as fronteiras como já dissemos anteriormente.

Ainda se tratando da função alfa, Lima (2012) traz que através desta função, torna-se possível entrarmos em conta com conteúdos latentes da mente, visto que para ele:

---

<sup>6</sup> O termo *Acting* ou do seu original em alemão cunhado por Freud *agieren* (agir) alude segundo Zimerman (2001) que ao invés de lembrar, verbalizar ou pensar aspectos reprimidos, o paciente substitui perpetrando um ato ou ação motora. Zimerman ainda diferencia *Acting-in*, que corresponde a atuações durante uma sessão psicanalítica e *Acting-out* quando esta se dá fora de uma situação analítica, ou seja, numa ocasião cotidiana.

“A função-alfa é comparada ao sonho. A transformação dos dados sensoriais em elementos-alfa é a base para a formação dos pensamentos oníricos e das imagens visuais familiares, que nos sonhos revelam o conteúdo latente. A ausência ou precariedade desta função significa não poder “sonhar” e, conseqüentemente, não poder dormir e nem “acordar”, no sentido de estar apto para tornar-se consciente da experiência emocional” (LIMA, 2012, p.71).

Essa é uma função, como dita anteriormente, que é desenvolvida através da função alfa da mãe ou *rêverie*, visto que em um excerto anterior, que seriam co-dependentes, já que a capacidade de *rêverie* da mãe estaria condicionada a uma função alfa internalizada na mesma, e que possibilitam que angústias não elaboradas do bebê sejam possíveis de serem pensadas e trazidas a consciência.

O contrário disso, o que Bion (1991) nomeou de “terror sem nome”, ou seja, quando ocorre uma falha na função alfa ou *rêverie*, onde as angústias da criança projetadas na mãe não puderam ser, de acordo com Zimerman (2004, p.100), “devidamente contidas e elaboradas. Por essa razão, tais angústias do filho são reintrojetadas por ele e retornam acrescidas das angústias da mãe, sob a forma de um terror que o ego ainda não tem condições de significar e nomear”

Visto isso, devemos agora explicar como se dá esse processo, já que é parte decisiva na formação da função alfa e do pensar do indivíduo, observando inclusive sua relação com o pensar ou na falta deste, relacionado às escarificações.

Para tanto, o próprio Bion descreve esse processo de “gestação” do psiquismo através do binômio continente-conteúdo, cunhado por ele próprio, o qual:

“Designa um tipo de modelo que se baseia no uso de identificações projetivas, em que o continente se constitui como um lugar em que o objeto é projetado, enquanto o conteúdo é o objeto ou a massa de necessidades ou angústias que podem ser projetadas no interior do continente” (ZIMERMAN, 2004, p.82).

De maneira análoga, para a integração do psiquismo se faz necessária a presença de um continente, uma mente que possa fazer o *rêverie* das experiências primitivas desse indivíduo e possa ser transformada naquilo que o psiquismo possa dar conta de pensá-la.

Corroborando com nossa hipótese o trabalho de Fortes e Kother Macedo (2017), que afirma que para que se possa sentir e representar a própria dor, se faz necessária uma capacidade de contato com o outro, e não somente o contato do sujeito consigo mesmo, sendo que o outro torna-se um espaço que oferece a ressonância que o sujeito precisa para legitimar sua dor. Caso

essa dor não ressoe em ninguém, ela se mantém no sujeito e é redirecionada ao próprio corpo. O autor ainda afirma que uma forma particular desse redirecionamento da dor é a autolesão, contemporaneamente presente principalmente entre adolescentes.

O pensamento da forma como é caracterizada na teoria bioniana, é possível pela transformação dos elementos beta em elementos alfa da dor que não se é possível pensar, por meio da função alfa do outro (seja da mãe ou do analista por exemplo).

Além de Bion, outros autores se debruçaram frequentemente sobre “teorias do pensamento”, por se relacionarem ao intento do nosso trabalho, nos é proposto que possamos diferenciá-las.

Primeiro temos o termo alexitimia, que tem origem grega, em tradução livre “ausência de palavra para emoção”. Cerchiari (2000) nos diz que existe nesse fenômeno uma segregação do corpo em detrimento dos próprios pensamentos, como se o corpo, que é sentido, fosse pertencente a outrem, seja a mãe ou ao mundo externo. Ele afirma que a etiologia da alexitimia é a perturbação na relação mãe-bebê, desencadeando uma patologia pré-neurótica em que ocorre o aparecimento de mecanismos de defesa de clivagem<sup>7</sup> e identificação projetiva<sup>8</sup>. Para o autor, essas perturbações ocorrem na fase do desenvolvimento ainda simbiótica, na qual não existe diferenciação entre o eu e o outro e, por conseguinte, as representações de si e dos objetos não são nitidamente diferenciadas. Em resumo, podemos dizer que a partir do que cita Mc Dougall (1982) *apud* Cerchiari (2000, p.6) a “alexitimia é uma defesa singularmente forte contra a dor psíquica e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos arcaicos internos”<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> “Termo introduzido por Sigmund Freud em 1927 para designar um fenômeno próprio do fetichismo, da psicose e também da perversão em geral, e que se traduz pela coexistência, no cerne do eu, de duas atitudes contraditórias, uma que consiste em recusar a realidade (renegação), outra, em aceitá-la” (ROUDINESCO; PLON, 1998 p.121). Zimmerman (2001) complementa que Bion prosseguiu nos seus estudos referentes a essas dissociações no eu detendo-se mais especificamente na clivagem existente em toda pessoa, partindo da existência de tanto uma parte psicótica da personalidade, assim como de uma parte não psicótica da personalidade.

<sup>8</sup> Identificação projetiva: termo cunhado por Melanie Klein que nos diz Zimmerman (2001) define de forma geral, como uma defesa primitiva, mas estruturante egóico através da expulsão que o sujeito faz de aspectos intoleráveis de sua mente de outra pessoa. No entanto ainda afirma o autor que Bion avançou em seus estudos desse mecanismo de defesa ao reforçar que a comunicação primitiva entre conteúdos em seu modelo continente-conteúdo se dá através da identificação projetiva realística (quando usa a identificação projetiva como uma forma de comunicação, Bion a denominou de identificação projetiva realística). Ele ainda articulou o mecanismo que através de um continente adequado podem ser decodificados, os elementos expelidos através da evacuação pela identificação projetiva dos elementos beta. E por fim ainda diferencia dois tipos de identificação projetiva, uma realista e estruturante, e outra excessiva que dá origem a onipotência e a fragmentações do ego.

<sup>9</sup> “*défense singulièrement forte contre la douleur psychique et les anxiétés psychotiques associée saux objtes internes archaïques*”

Isrick *et al.*, (2020, p.2) acredita que “há evidências consistentes ligando alexitimia com ideação suicida e autolesão sem ideação suicida, mas evidências inconsistentes ligando-a a tentativas de suicídio.”<sup>10</sup> Isso pode ser um importante marcador para diferenciarmos aqueles que praticam a autolesão e aqueles que possam a vir cometer o suicídio de fato.

Um segundo termo que podemos explorar é o do pensamento operatório, cunhado por Pierre Marty, da Escola Psicossomática Francesa, que define que a fase do desenvolvimento delimitada como pensamento operatório ocorre quando, segundo Zimerman (1999),

O inconsciente não tem condições de expressar-se pelas representações, de modo que, no lugar de reprimir as pulsões do id, como acontece nas neuroses, ou de forcluir (grau extremo de negação da penosa realidade externa ou interna), como fazem os psicóticos, os pacientes somatizadores utilizam o pensamento operatório, isto é, eles superinvestem libidinalmente tudo aquilo que existe de concreto, como, e principalmente, os seus sintomas corporais (ZIMMERMANN, 1999, p.241).

Retomando nossa discussão sobre as teorias do pensamento, no caso daqueles que se encontram sob a égide do pensamento operatório de tentar representar no concreto, visto que ainda não é possível simbolizar ou pensar as pulsões inconscientes, e encontram apenas no corpo uma forma de representar aquilo que não foi possível em nenhuma outra instância. Para Peres, Caropreso e Simanke (2015), o funcionamento psíquico designado “pensamento operatório” se coloca entre os funcionamentos neuróticos e psicóticos da mente e, corroborando com o parágrafo acima, também acredita que se deve a problemas na capacidade de simbolização, que tem papel funcional importante ao psiquismo.

Outro ponto comum das teorias do pensamento correlatas às temáticas que tangem nosso trabalho é de que a etiologia do pensamento operatório é a mesma da alexitimia já descrita. Podemos então compará-las, pois, apesar de construtos desenvolvidos por teóricos distintos, para Peres (2006), o funcionamento psíquico denominado pensamento operatório se dá por desarmonias afetivas na relação mãe-bebê em tenra idade, por conta de faltas ou excessos na função materna. Esse funcionamento, segundo o autor, foi encontrado em grande maioria em indivíduos com mães que não conseguiram por algum motivo serem capazes de protegê-los de forma adequada das tensões do início da vida. Mães essas que se demonstraram autoritárias, superprotetoras, negligentes ou mesmo deprimidas.

---

<sup>10</sup> “*There is consistent evidence linking alexithymia with suicidal ideation and NSSI, but inconsistent evidence linking it to suicide attempts.*”

Já a mentalização, contrapõe a ideia de pensamento operatório, o que talvez possamos chamar de um maior nível de desenvolvimento psíquico, que fora também cunhado por Pierre Marty. Podemos talvez, correlacioná-la para este recorte que nos propomos, também ao que fora dito sobre a função alfa e, como afirma Viegas (2009), a mentalização é a antítese do pensamento operatório e do *acting out* (um impulso disruptivo como ele afirma) assim como da alexitimia, descrevendo-a como

A mentalização envolve a capacidade de transformar impulsos em sentimentos e representar, simbolizar, sublimar, abstrair, refletir e extrair significado deles. (...) Num extremo repousariam as excitações libidinais não mentalizadas, que emergiriam caoticamente como somatizações, comportamento violento e auto-mutilações (VIEGAS, 2009, p.54).

Esse trabalho de Viegas (2009) ainda corrobora com nosso intento anterior de convergir alguns termos psicanalíticos, e apoia a teoria de Bion sobre a necessidade de uma mãe continente para o desenvolvimento dessa capacidade, que ele definiu como pensamento. Explicou também que com isso, na insuficiência deste último e de uma capacidade de tolerar a frustração, ocorreria uma identificação projetiva excessiva, que *a posteriori* resultará num déficit na capacidade de mentalização.

Depois de apresentarmos alguns termos psicanalíticos que são relacionados por inúmeros autores à dinâmica das autolesões, sendo eles a alexitimia, advinda da escola psicanalítica anglo-saxônica; o pensamento operatório e a mentalização, da teoria desenvolvida por Pierre Marty; e elementos beta, função alfa e a capacidade de pensar os pensamentos, da teoria bioniana; todos eles apresentam, mantidas suas bases epistemológicas, um ponto de convergência em todos esses termos: que sua origem ou desenvolvimento, se encontra nas relações iniciais, sendo a mais significativa a relação mãe-bebê, que possibilita que a mãe, de forma geral, possa traduzir para o bebê esses impulsos inominados experienciados para algo que possa ser de fato sentido e pensado.

Para darmos continuidade, elegeremos então as teorias de Bion para seguirmos com nossa discussão, por consequência dos termos acima, que apesar de convergirem em muitos pontos, advêm de diferentes correntes teóricas, visto que daqui em diante, tentaremos discutir outras implicações de problemas nessa relação de continência (ou o binômio continente-contido) desempenhada pela mãe, e suas consequências futuras ao desenvolvimento psíquico.

Sendo assim, devemos compreender alguns possíveis efeitos que desde os primeiros meses de vida do bebê, segundo Wolff, Carvalho e Costa (2012), encontram na capacidade de continência materna, ou *rêverie*, onde as angústias serão projetadas na mãe, dando um lugar às pulsões agressivas, que são inerentes ao psiquismo do bebê. Em menção à teoria bioniana, que quando ocorre através do *rêverie*, que permite através da metabolização psíquica da mãe, transformar essas angústias do bebê em possibilidade de sentir e pensar.

Como dito anteriormente, a função alfa da mãe faz com que essa angústia, ou como dissemos antes, elementos beta, possam ser traduzidos e possibilitem a criação da própria função alfa do bebê, podendo fazer este desenvolver sua própria capacidade de pensar.

Legitimando isso que expomos, contamos novamente com Wolff, Carvalho e Costa (2012, p.5), que explicam que “o bebê não só ingere as angústias transformadas, mas também introjeta o modelo de continência e transformação, construindo seu próprio aparelho de pensar os pensamentos”.

Entretanto, falhas no *rêverie* acarretam problemas na construção do que Bion chamou de um aparelho de pensar os pensamentos. Zimerman (1999) resume que algumas das possíveis consequências diante de uma falha no *rêverie* materno é a da instauração da onipotência e da onisciência, que se apresentam enquanto substituto da capacidade para pensar e do que Bion chamou de “aprender com as experiências”.

Ele ainda retoma que, de forma geral, além da onisciência e onipotência, podem imperar a presença de elementos beta e das identificações projetivas excessivas, trazendo pontos de fixação ou de estagnação em níveis mais primitivos do desenvolvimento. A permanência desses aspectos na vida adulta corresponde ao que Bion cunhou como a parte psicótica da personalidade.

Como consequência, mecanismos de defesa primitivos não-verbais, em especial a identificação projetiva e de forma evacuativa, se fazem necessários para a comunicação do bebê, que tem essas angústias e ideias intoleráveis traduzidas em palavras pela função alfa da mãe.

O autor ainda equipara nesse caso as identificações projetivas com os *acting outs*, em especial em nosso trabalho pelas autolesões, nas quais aquele que as utiliza troca a possibilidade do pensar os pensamentos por uma ação, pela falha na constituição de um aparelho para pensar pensamentos. Assim, na impossibilidade do pensar, as identificações

projetivas ou *acting outs* ficam por conta de um domínio da parte psicótica da mente como introduzimos anteriormente.

Ainda com essas contribuições, podemos sintetizar que no caso da predominância da parte psicótica da mente, o sujeito tende a evadir-se da frustração e não se utilizar da capacidade de pensar, enquanto quando se há a tolerância à frustração e a capacidade de pensamento, podemos falar que este é realizado por uma parte não psicótica da mente.

Para Bion (1991, p.129) “se a capacidade de tolerar a frustração for suficiente, o não-seio se transforma num pensamento, e desenvolve-se um aparelho para “pensá-lo”. Ainda para Bion (1991), Freud em “Dois princípios do funcionamento mental” destaca que a soberania do princípio de realidade ocorre ao mesmo tempo que o desenvolvimento da capacidade de pensar.

Contudo, ao contrário do que disseram autores psicanalíticos antecedentes às proposições de Bion, as partes psicóticas e não-psicóticas da personalidade são diferenciadas por um fator-chave: a identificação projetiva (BION, 1994). Ataques sádicos contra o ego e contra as bases do pensamento verbal e, assim como a identificação projetiva de fragmentos, fazem com que haja uma divergência cada vez maior entre as partes psicóticas e não-psicóticas da personalidade, até que essa divisão se torne totalmente intransponível.

Outra marca para essa diferenciação está nas ocasiões em que a personalidade não-psicótica, ou parte dela, pode utilizar-se da repressão enquanto o psicótico tende a utilizar-se da identificação projetiva (BION, 1994). Nesse caso então, quando não há repressão, aquilo que deveria estar inconsciente é substituído pelo mundo de conteúdo onírico<sup>11</sup> no qual o sujeito acredita pertencer.

Sintetizamos com isso que fragmentos ou ambas as partes psicótica e não-psicótica da mente podem coexistir, já que podem existir fragmentos regidos por mecanismos de defesa utilizados pela neurose, como a repressão, vista anteriormente. Assim como a parte psicótica é regida por fragmentos que se utilizam de mecanismos de defesa mais primitivos como a identificação projetiva.

Tal constatação pode encontrar suporte em Bion (1994, p.77), que considera que “no caso do neurótico grave, em quem acredito que exista uma personalidade psicótica oculta pela

---

<sup>11</sup> Conteúdo de sonhos.

neurose – assim como, no psicótico, a personalidade neurótica é encoberta pela psicose – que tem de ser revelada e tratada”.

Nossos esforços devem ser em função do desenvolvimento de uma capacidade de pensar que tome progressivamente o lugar da identificação projetiva e os *acting outs*, em detrimento daquilo que não pode ser pensado ou simbolizado, que se mostra estar relacionada com as autolesões em adolescentes, assim como intervir para que a divergência entre as partes psicóticas e não psicóticas da mente não se tornem uma barreira intransponível, impossibilitando o desenvolvimento do indivíduo. Esperamos que as entrevistas possam ilustrar nosso encadeamento teórico e possamos analisá-lo a partir do que já discutimos.

## **CAPÍTULO 2: Entrevistas**

O objetivo da realização destas entrevistas foi o de recolher respostas concretas a partir das quais pudéssemos estruturar nossa investigação e colocar nossas indagações a respeito dos resultados obtidos. Neste capítulo, vamos esclarecer a metodologia pela qual organizamos as entrevistas, o local da realização da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão de participantes, as garantias que lhes foram dadas, a coleta de dados e, finalmente, os resultados.

### **1. Metodologia**

Como ferramentas para nosso intento, foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com os indivíduos participantes da pesquisa. Para sua compreensão, nos utilizamos das ferramentas da análise de conteúdo

Utilizamos nesta dissertação, uma entrevista semiestruturada, que é uma possibilidade dentre tantas técnicas de entrevista. Ainda que tenhamos um roteiro previamente estabelecido para a execução das entrevistas, o pesquisador deve estar atento às narrativas dos participantes das quais puderam surgir dados adicionais, que, quando relevantes, foram incorporados ao estudo, a partir de sua relevância (MINAYO, 2013).

No caso da entrevista semiestruturada se permite, de certa forma, autonomia ao entrevistador para explorar significações do participante, assim como também norteia aspectos decisivos, conduzindo de maneira mais assertiva e profunda através dos objetivos mínimos que devam ser abordados.

Essas entrevistas foram norteadas a partir de um questionário aberto com nove (9) perguntas disparadoras, que foram incluídas no apêndice, no intuito de fomentar a discussão do tema da pesquisa.

Por fim, além das perguntas presentes no roteiro de pesquisa, o participante foi inquirido sobre informações gerais, como idade, sexo e configuração familiar, a fim de melhor contextualizar o leitor e particularizar cada entrevista, dando um panorama geral de cada participante.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não utilizamos de um tratamento estatístico dos dados, mas sim uma análise compreensiva deles, como demonstraremos a seguir.

O número (N) de sujeitos será igual a cinco (5) e a análise do material será feita através da análise de conteúdo, que busca explorar e compreender os sentidos que os entrevistados têm sobre o tema inquirido. A busca está para além do conteúdo manifesto pelas palavras, para,

através da interação com o pesquisador, trazer os conteúdos latentes do entrevistado sobre o tema.

Para a realização desta pesquisa referenciada em uma análise qualitativa, optamos para analisar os dados levantados a metodologia de pesquisa com categorias, que foi definida por GOMES, (2000, p.70)

“A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito, que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra, está ligada à idéia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito, capaz de abranger tudo isso” (GOMES, R. (2000, p.70).

A partir da eleição e sistematização em categorias, Gomes (2000) afirma que para que haja interação entre as categorias é necessário então um aprofundamento teórico, relacionando os dados levantados com a base teórica do pesquisador. Com isso, obtivemos uma discussão entre os temas que levantados na coleta de dados foram categorizados e os relacionamos com nossos próximos capítulos.

Identificados os núcleos de conteúdo presentes na pesquisa, com ajuda do orientador e dos pares deste programa de Pós-Graduação da Unicamp, os dados foram então discutidos interdisciplinarmente a partir de aspectos sociais e pressupostos psicodinâmicos propostos por teorias psicanalíticas, nos quais estão inseridos, o referencial Bioniano, ou outros que se façam necessários para o aprofundamento teórico e compreensivo do tema.

Apesar de tratarmos de singularidades dos entrevistados em pesquisas qualitativas, e com isso, não poderão ser replicadas em sua totalidade em outros indivíduos, o estudo pode nos permitir a reflexão sobre alguns recortes e constatações, a fim de que com isso se possa formular modelos de funcionamento mental que se tornem ferramentas para a investigação em outros casos análogos a posteriori.

## **2. Local de Realização da Pesquisa**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I da cidade escolhida foi o local da presente pesquisa. A cidade conta com população estimada em 2018 de 24.221 habitantes, segundo o IBGE, e se situa no interior do Estado de São Paulo. Por conta da população, conta com 1 CAPS I, que é o equipamento pactuado no Ministério da Saúde para municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes.

O CAPS I conta com quatro (4) salas de atendimento, além de espaço de convivência dos usuários, com varanda, sala de TV, horta comunitária, cozinha e recepção. Neste local é disponibilizado atendimento médico por psiquiatra, psicológico, terapia ocupacional, enfermagem e assistência social. Apesar de ser um serviço de porta aberta, tem como demanda o atendimento de usuários de média e alta complexidade. Esse atendimento é feito para adolescentes e adultos, e as crianças apesar de passarem por acolhimento nesta instituição, são redirecionadas para outro local, assim como os casos tidos como leves ou não elegíveis ao serviço. Os atendimentos realizados com os adolescentes são individuais, visto que por conta da pandemia, não mais ocorria o grupo de adolescentes que era uma das principais referências de atendimento.

### **3. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes da Pesquisa**

Foram incluídos nessa pesquisa adolescentes de ambos os sexos entre 12 e 18 anos, que tenham tido episódio de autolesão e foram encaminhados para atendimento no CAPS do município. É necessário mencionar que para inclusão dos participantes, os mesmos e seus pais e/ou responsáveis concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo manifestado sua concordância de forma escrita.

Foram excluídos desta pesquisa participantes que não se enquadrem nos requisitos acima, além daqueles que não consigam participar da entrevista por doença grave, ou com acentuada dificuldade cognitiva que impeçam a compreensão das questões que serão realizadas na entrevista.

Os dados referentes a esses adolescentes puderam ser coletados através de registros em prontuários do serviço. Entramos em contato telefônico tanto com o adolescente como com os pais, para o convite à pesquisa e para agendarmos a entrevista. No dia que a mesma aconteceu explicamos a pesquisa, seu intuito, assim como benefícios, possíveis desconfortos e riscos esperados, assim como a importância de referenciar o serviço caso os mesmos ocorressem.

### **4. Garantias Éticas aos Participantes da Pesquisa.**

O nome do município não aparece para manter o sigilo dos participantes. Devido ao baixo número de habitantes, poucas informações sobre os participantes seriam suficientes para identificá-los.

Foi garantida a liberdade de participação tanto da instituição onde foram coletados os dados, assim como dos participantes, de forma que somente os pesquisadores tiveram acesso

aos dados brutos coletados, como anotações ou gravações de qualquer espécie, sendo que estas serão apagadas ao final da pesquisa.

Os participantes também puderam escolher não mais participar da pesquisa a qualquer momento, e só iniciaram a participação a partir da assinatura do TCLE, que foi lido individualmente pelos pais e foi entregue uma cópia assinada também pelo pesquisador.

Em relação aos dados publicados, aspectos como a privacidade, sigilo e confidencialidade foram garantidos a partir da preservação de qualquer um dos dados que possam identificá-lo, garantindo a integridade dos participantes. Salientamos que estas garantias inclusive são mencionadas no TCLE de ambos os documentos (tanto no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE dos participantes quanto no TCLE dos responsáveis legais).

O pesquisador que fez as entrevistas é psicólogo e treinado para ouvi-las, tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção à sua saúde em caso de eventual necessidade. Caso seja necessária alguma intervenção para além das que podem ser feitas pelo pesquisador, poderia ser atendido pela própria equipe do serviço do CAPS I que conta com equipe multidisciplinar em saúde mental, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais, enfermeiro e técnicos de enfermagem no próprio serviço onde será feita a entrevista e na qual o adolescente já é referenciado.

Caso as intervenções no CAPS I ainda sejam insuficientes, visto que é um equipamento especializado no atendimento das possíveis demandas que podem decorrer da entrevista, por conta do fluxo próprio do CAPS I, poder-se-á fazer encaminhamentos a serviços de maior complexidade já pactuados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município como a Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPAM) ou Hospitais Gerais da região.

Os atendimentos realizados pelo CAPS continuaram acontecendo com os adolescentes entrevistados, que puderam continuar sendo assistidos por essa instituição em qualquer nova demanda que pudesse surgir.

O nome das participantes foi alterado para a garantia de sigilo das mesmas.

## **5. Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu em salas de atendimento do próprio CAPS, após contato telefônico com os responsáveis legais para a participação dos adolescentes entrevistados.

Os contatos telefônicos e as entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador no período entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, de maneira presencial. Por conta da

pandemia de COVID-19 as salas contavam com uma divisória de acrílico, foram utilizadas máscaras de proteção individual e havia disponibilidade de álcool em gel na sala de atendimento.

Quando agendada a entrevista, o TCLE foi lido e assinado pelos responsáveis, presentes inicialmente na sala antes do atendimento. Posteriormente o mesmo procedimento foi feito com os adolescentes entrevistados, que assinaram o TALE. Por fim, foram tiradas dúvidas que ainda ficaram sobre a pesquisa, como o acesso a sua publicação depois de concluída.

Após o assentimento dos termos foi preenchido com o adolescente o questionário de dados pessoais, disponível no Apêndice I e em seguida foi realizada a entrevista, a qual foi gravada e posteriormente transcrita.

A entrevista tinha em seu escopo 9 (nove) questões disparadoras e também se encontra disponível no apêndice I. As questões traziam temas que circuncidavam o motivo de terem procurado o CAPS, o relacionamento com sua família e com os amigos, o relacionamento com outras pessoas que praticam a autolesão, o significado dos cortes e as emoções relacionadas aos cortes.

## 6. Entrevistas

Foram contatados por telefone 12 responsáveis dos participantes, sendo que 4 não atenderam, 3 não tiveram interesse e 5 aceitaram participar das entrevistas. ÁGATA, uma das entrevistadas faltou 2 vezes e sua sessão posteriormente precisou ser remarcada.

Um total de 5 entrevistas foram incluídas na análise e as entrevistas tiveram entre 20 e 50 minutos de duração.

As adolescentes que participaram tinham entre 14 e 18 anos, todas elas do sexo feminino e estudantes ou do ensino fundamental ou médio. Predominantemente moram com a mãe e irmãos e tem como e suas famílias têm como religião predominante a evangélica, exceto uma participante que tem como denominação religiosa a religião católica.

**Quadro 1:** *Caracterização dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, escolaridade, familiares na residência, denominação religiosa e hobbies - 2021.*

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Familiares na residência	Denominação religiosa	Hobbies
RUBI	F	14	7ª EF	Mãe	Não tem/Família Evangélica	Tocar Ukulele e desenhar
SAFIRA	F	16	1º EM	Mãe e 2 irmãos	Evangélica	Escutar música e sair

PÉROLA	F	15	1º EM	Mãe, padrasto e 2 irmãs	Era Evangélica, mas abandonou	Assistir anime
ESMERALDA	F	18	2º EM	Mãe e 2 irmãos	Católica	Cantar
ÁGATA	F	16	1º EM	Mãe e irmã a cada 15 dias	Evangélica	Pintura

## 7. Resultados

**Quadro 2:** Categorias e temas que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa.

1. POR QUE PROCUROU O CAPS?
  - a. Isolamento
  - b. Cortes
  - c. Perda
  - d. Ansiedade
2. POR QUE COMEÇOU A SE CORTAR?
  - a. Abuso sexual
  - b. Bullying e maus tratos.
  - c. Internet
  - d. Alívio
  - e. Relacionamento
3. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA
  - a. Relacionamentos ambíguos
  - b. Relacionamento com o pai
4. AMIZADES
  - a. Amigos Virtuais
  - b. Não tenho amigos, tenho colegas
5. JULGAMENTO PÚBLICO
6. IDEIAÇÃO SUICIDA
7. O QUE SENTE DEPOIS QUE SE CORTA
8. O QUE ACHA DE OUTRAS PESSOAS QUE SE CORTAM
9. SIGNIFICADO DOS CORTES
  - a. Uma dor pela outra
  - b. Cada corte tem seu significado
10. FALAR DOS SENTIMENTOS
  - a. Dificuldade para falar dos sentimentos
  - b. Escutar, ajudar e dividir
  - c. Porque é muito bagunçado
  - d. Como se alguém tivesse te abraçando
11. COMO A SOCIEDADE DEVERIA RESPONDER/POLÍTICAS PÚBLICAS

### 7.1. Explicação das Categorias

A categoria **“POR QUE PROCUROU O CAPS?”** Foi formada pelos antecedentes do encaminhamento ao CAPS, e conta o que motivou o atendimento no mesmo. Dentre os temas que emergiram temos o isolamento, os próprios cortes, perda de um ente e o mais predominante, a ansiedade

A categoria **“POR QUE COMEÇOU A SE CORTAR?”** Possibilita vislumbrarmos, o que, na opinião dos participantes, motivou o início das autolesões. Apesar do tema alívio ter aparecido nas falas de todos os participantes, o que não concorre com os outros motivos, bullying foi o tema mais comum entre as motivações.

Na categoria **“RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA”** os participantes descreveram sua percepção em relação ao relacionamento familiar e 2 temas foram recorrentes: **“relacionamentos”** e o que foi chamado de **“relacionamento com o pai”**, quando o participante percebia um relacionamento ruim em especial com os genitores, os quais foram descritos como ruins de forma unânime pelos participantes.

Na categoria **“AMIZADES”** os participantes descreveram sua percepção em relação ao relacionamento com pessoas que não são seus familiares. Os temas recorrentes foram **“Amigos Virtuais”** em que descreviam que os melhores amigos eram aqueles que não estavam próximos e **“não tenho amigos, tenho colegas”** para dizer que poucos eram elevados do nível de “colegas” para amigos. A participante ESMERALDA se descreveu sem amigos, mas afirmou ter um namorado que a escuta.

Na categoria **“SIGNIFICADO DOS CORTES”** os participantes disseram sua percepção sobre os significados dos cortes e surgiram os seguintes temas **“uma dor pela outra”** e **“cada corte tem seu significado”**, baseados nas principais respostas dos participantes.

A categoria **“JULGAMENTO PÚBLICO”** fala dos participantes se sentirem julgados por familiares e/ou sociedade e **“IDEAÇÃO SUICIDA”** fala de momentos em que os participantes tiveram ideação suicida.

A categoria **“O QUE SENTE DEPOIS QUE SE CORTA”** trouxe os sentimentos dos participantes que decorreram dos cortes realizados. Já a categoria **“O QUE ACHA DE OUTRAS PESSOAS QUE SE CORTAM”**, traz aspectos projetivos desses adolescentes que se cortam e sua interação com outros que praticam a autolesão.

Na categoria “**FALAR DOS SENTIMENTOS**” os participantes disseram sobre sua percepção acerca de falar dos seus pensamentos e sentimentos com outras pessoas. A resposta unânime entre os participantes foi a **dificuldade para falar dos sentimentos**. Porém, os participantes relataram que um espaço seguro para serem ouvidos, muitas das vezes impediram as autolesões. O tema “**porque é muito bagunçado**” nos diz das aflições que não conseguiam nomear, como pensamentos confusos e sem contorno, por exemplo. Houve respostas em que os cortes deram a sensação de alívio por meio do “**como se alguém estivesse te abraçando**”.

E por fim a categoria “**COMO A SOCIEDADE DEVERIA RESPONDER/POLÍTICAS PÚBLICAS**” com propostas dos próprios participantes de como dar conta das angústias que demandaram o comportamento autolesivo.

## **8. Discussão**

Em nossa amostra, contamos com cinco participantes do sexo feminino, um dado que precisa ser discutido. Do total dos doze participantes que foram selecionados em prontuários, apenas dois eram do sexo masculino. No entanto, não foi possível contatá-los, o que não deslegitima a maior predominância de mulheres que se autolesionam.

Dettmer (2018) nos incita a refletir a idéia da autolesão como predominante no público feminino como resultado de uma objetificação do corpo da mulher e sobre a forma como as mulheres se percebem e lidam com seu próprio corpo e saúde. Para a autora, a autolesão é uma objetificação do discurso de subjetivação da “docilidade” e “fragilidade” da mulher.

Também se pode pensar a partir de Dettmer (2018) em diversas práticas sociais que contribuem para a mulher se “adaptar” aos cortes. A título de exemplo, existem inúmeros processos cirúrgicos e/ou estéticos que muitas mulheres sonham em realizar. Práticas como depilações, seja a laser ou com cera, com risco de queimaduras graves; tratamentos para alisar o cabelo, queimando o couro cabeludo; retirada de cutícula, que prejudica a saúde da unha; “entre outros procedimentos que as mulheres já entendem como naturais, pois são impostos desde a infância” (DETTMER, 2018, p.62); além dos cortes médicos que são autorizados socialmente, pois carregam o título de normalidade. Já a autolesão é vista como uma doença.

Tais pequenas violações corporais são naturalizadas socialmente, e internalizadas por mulheres do mundo todo. Lembrando de Beck (1992), resta dizer que vivemos submersas numa sociedade que nos ameaça com diversos riscos de vida, mas que também promove práticas de riscos como práticas de beleza e saúde. O risco de

morte da cirurgia é minimizado diante do espetáculo de uma cirurgia plástica (DETTMER, 2018, p.62).

Já com os meninos, temos uma lógica de gênero díspar da que ocorre com as meninas. Le Breton (2009) e Gonçalves e Silva (2017) explicam sobre uma necessidade de radicalidade nas condutas de riscos feitas pelos meninos. Meninos são educados a aliviarem suas tensões, angústias e tristezas realizando práticas como, por exemplo, arriscar-se em alta velocidade em vias públicas, consumir de drogas lícitas ou ilícitas, praticar esportes radicais, isto é, mais associadas aos modelos de masculinidade hegemônicos.

Dito isto, quando identificamos um menino que realiza a autolesão, sua masculinidade é questionada. Corroborando com nossa proposição, Gonçalves e Silva (2017) relatam que para que isto não ocorra o homem heterossexual faz cortes mais profundos.

A partir disso percebemos que a construção de gênero também afeta o homem; quando da fala de que o “machão também se corta”, ou mesmo a subjetividade do homem que tenta entrar em contato com seus próprios sentimentos. A literatura conta que há mais casos de suicídio entre homens, enquanto as mulheres se envolvem mais em comportamentos de autolesão (DETTMER, 2018).

Complementam Gonçalves e Silva (2017, p.239) que as manifestações adolescentes, “pautadas na ideia de que mulheres e homossexuais são sensíveis e homens heterossexuais são agressivos e não têm sentimentos, são reflexos de como a nossa sociedade e cultura têm educado meninos e meninas”.

Esta discussão apresenta os temas identificados nas falas dos participantes, que poderão ser discutidos independente da categoria a qual representa. Será organizada de forma que a teoria possa conversar com os temas, sendo que pode não seguir a ordem proposta pelo quadro 1.

Ao analisar tanto as categorias como os temas que emergiram das entrevistas foi possível pensar de forma ampla a psicanálise, em especial a bioniana, utilizando de forma ampliada a dinâmica do continente-contido função alfa e beta e do terror sem nome, bem como o conceito do Eu-pele

Temos que levar também em conta nas respostas a fase do desenvolvimento dos adolescentes participantes e a peculiaridade destes que autolesionam-se. Como dito anteriormente, muitos têm dificuldades para falar dos sentimentos.

Dito isso, múltiplos são os contextos do “**POR QUE PROCUROU O CAPS?**”. Por vezes, a autolesão era o principal motivo do encaminhamento, ora era apenas secundário, como vemos a seguir sobre o tema **isolamento**.

*“Lembro, é porque eu tava entre eles tendo um comportamento estranho. Comecei a me mutilar, ficava isolada, eu parei de comer, eu não dormia, e eu ia para a escola. Eu não falava mais com ninguém. Não falava mais com minha família, e simplesmente ignorava tudo e todos, eu não saía mais para lugar nenhum a não ser ficar dentro do quarto. E aí minha mãe pegou e não ia mais deixar no Maranhão, aí inventou uma viagem: ‘ah vem só visitar’. Fazia uns 3 anos que eu não via minha mãe, daí eu peguei e vim visitar ela, e acabou que ela não deixou eu voltar. Ela falou para mim que eu precisava passar por acompanhamento no CAPS para psicólogo” (PÉROLA).*

Fortes e Kother Macedo (2017) nos amparam quando dizem que esse fenômeno ocorre pelo intenso sentimento de solidão, pois o indivíduo sente que não existe o outro para que pudesse partilhar sua dor.

Já em relação aos **cortes**, observamos respostas em todos os participantes. Mas apenas em uma delas, ESMERALDA, aparece como principal motivo para a participante ter procurado o CAPS.

*“Por causa que eu estava me cortando” (ESMERALDA).*

Isto ocorre, segundo Fortes e Kother Macedo (2017, p.359), pois a autolesão seria “o recurso de um sujeito em estado de sideração, acometido de forte angústia de despersonalização e do conseqüente distanciamento do próprio corpo.”

Em relação à **perda**, temos mais um tema que é descrito como comum entre aqueles que iniciam a autolesão.

*“A minha mãe procurou uma psicóloga e a psicóloga me encaminhou para o psiquiatra pra mim começar a tomar remédio para ver se precisava tomar remédio por conta que faz pouco tempo nós tivemos uma perda que perdemos meu irmão, que vai fazer 8 meses agora dia 21 e começamos a procurar ajuda” (RUBI).*

Fortes e Kother Macedo (2017) nos trouxeram em um estudo em que relatos em blogs de adolescentes que se automutilavam apontavam a existência de casos em que ocorrera a morte de irmãos. Situação esta que produziu em RUBI uma dor psíquica que se tornara insuportável.

Para o tema **ansiedade**, o que mais apareceu, temos as considerações de De Oliveira (2020, p.50), que nos diz que “os jovens que se auto lesionam apresentam maior tendência para uma sintomatologia para depressão e ansiedade”.

*“Foi por causa que eu já tinha feito uns cortes. Aí minha mãe passou primeiro no médico e eles falaram que iam encaminhar minha ficha aqui pro CAPS para mim fazer um tratamento (...) por causa dos cortes e eu tinha muita crise de ansiedade, então eles falaram que aqui tinha um grupo que eu podia desabafar para ver se essa crise de ansiedade melhorasse para eu entender que só eu que passo pela mesma coisa. Então daí os médicos que falaram seria melhor para mim passar para cá” (SAFIRA).*

*“Eu era uma pessoa muito nervosa, ansiosa e bem bipolar (...) Não, eu me acho meio bipolarzona, uma hora tá bem, outra hora está mal (...) por conta da minha mãe passar por umas coisas bem forte, isso mexe bastante na minha vida desde os 2 aninhos, então eles pediram ajuda” (ÁGATA).*

Dentre as motivações do **“POR QUE COMEÇOU A SE CORTAR?”** Trazidas pelas participantes são fatores de risco ao aparecimento de autolesão entre adolescentes os seguintes:

Pertencer ao sexo feminino, abuso físico e sexual, Bullying, consumo excessivo de álcool e drogas, término de relacionamento, baixa qualidade de relacionamento com a mãe, falta de apoio familiar, conhecer outra pessoa que se automutila, sono pobre, sintomas de impulsividade, baixa autoestima, baixo nível socioeconômico, autocrítica, dificuldade de resolução de problemas, não possuir identificação religiosa ou espiritual, baixa escolaridade, possuir identidade alternativa, apresentar problemas com a lei e dificuldade de expressar emoções são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da automutilação” (MOREIRA *et al.*, 2020 p.3949).

Dessas, foram encontradas entre os participantes: abuso físico e sexual, bullying, não possuir identificação religiosa, falta de apoio familiar e dificuldade de expressar emoções.

Em relação ao **abuso sexual** temos o seguinte excerto:

*“Uma boa parte foi por conta de amizades e alguns problemas psicológicos que eu tinha na infância e outras coisas a mais que me levaram àquilo (...) uns traumas (...) Tentativa de abuso sexual (...) Não, eu não tinha contado para ninguém. Eu tinha falado para ela (mãe) no meu aniversário de 11 anos, e como ela tava ligada no telefone, ela não prestou muita atenção no que eu disse. Depois disso eu não falei mais para ninguém, aí outra pessoa que eu contei depois de muitos anos, que foi ano passado, foi meu primo. Aí ele conversou comigo, mas eu só contei para ele por que em 2019 uma pessoa fez gestos obscenos para mim, uma pessoa que a gente relatava como pessoa de confiança da família, e aí eu não me senti muito bem. Eu saí correndo na rua chorando e meu primo viu. Aí ele veio me perguntar à noite o que tinha acontecido e eu fui e contei para ele. Aí eu contei os fatos que tinha acontecido*

*quando criança e ele falou que era para contar para minha avó, e eu não tive coragem. Daí, depois de um tempo, aí foi quando eles perceberam. Aí eles me levaram numa psicóloga. Aí chegando na psicóloga, eu conversei com ela, e minha avó perguntou o que que era e a psicóloga não podia contar por que era sigiloso, e pediu para que ela conversasse comigo e eu contasse. Daí minha avó veio, conversou comigo e eu peguei e contei” (PÉROLA).*

Moreira *et al.* (2020); Lev-Wiesel, Zohar (2014) apontam os resultados de um estudo realizado em Israel com adolescentes de 12 a 18 anos, do sexo feminino, que indicaram que o abuso sexual na infância aumenta o risco de autolesão em três vezes.

Além do tema **bullying**, que apareceu em 4 participantes, e, retomando o que dissemos acima, **maus tratos** também apareceu na fala de um dos participantes.

*“Assim, eu não vou dizer poucos por que como eu tava no Maranhão eu tinha assim colegas. Não vou dizer amigos, porque as pessoas que eu considerava amigo que eram pessoas mais de infância, foram as primeiras pessoas a me julgarem, a me tratar mal e me levar mais para o fundo que eu já tava. No caso, eu sofria muito bullying na escola. E eles, as pessoas que eu considerava meus amigos de infância, viraram as costas para mim quando eu mais precisei. Pessoas que eu tinha acabado de conhecer me apoiaram e ainda hoje me apoiam. Quando eu estou num momento ruim eles sempre estão lá para me apoiar” (PÉROLA).*

*“Eu tentei me suicidar 4 vezes, e, na última vez que eu tentei, meu pai descobriu e me bateu. Falou que ele fazia de tudo para mim. ‘Por que eu tava tentando tirar minha vida?!’. [Falou] que não tinha porquê, que eu não passava fome, que ele fazia tudo pra mim, que eu era uma ingrata. Apanhei da minha madrasta. Me humilharam porque gravaram um vídeo de eu passando mal. Falaram que ia colocar na internet. Me humilharam na frente da escola, na frente dos professores, tanto que cheguei no outro dia na escola e todo mundo tava falando disso. Os professores falavam na frente da sala inteira para ficar quieto, me humilharam muito e é algo que me machucou muito” (RUBI).*

Moreira *et al.* (2020); Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia (2016), apresentam um estudo português com estudantes de escolas do Ensino Médio, que demonstrou que adolescentes que se sentem desvalorizados e sentem ameaças ou submissão dentro da própria família tendem a contar com altos níveis de afeto negativo, o que implica no envolvimento do adolescente em autolesão.

Já o tema **Internet** traz consigo um dilema, pois, segundo House (2020) existem questões positivas e negativas de como as pessoas com problemas de saúde mental, em

especial aquelas com histórico de autolesão. Questões negativas são trazidas quando você é atraído para uma atmosfera imersiva de depressão. Mensagens e imagens que agem como um incentivo à autolesão e suicídio. Mas, relatos positivos de jovens sugerem que as mídias sociais também podem oferecer um espaço onde você pode sair do isolamento, compartilhar medos secretos com colegas e ganhar um elemento de apoio e aconselhamento. Ele ainda defende que pessoas diferentes provavelmente são afetadas de forma diferente por suas experiências online, e a mesma pessoa pode ser afetada de maneira diferente em ocasiões diferentes.

*“Eu lembro que eu li em algum lugar, que faz muito tempo, que eu li em algum lugar que se cortar alivia a dor, que a dor do corte é mais forte que a dor que você está sentindo naquele momento. Então para tirar o foco de uma dor você fazia outra dor. Então eu fui muito influenciada por isso” (SAFIRA).*

*“Eu não tenho muitos amigos que a gente possa ter contato. São mais virtuais, e eu amo muito eles. Tipo, foi uma galera que me ajudou bastante enquanto eu meio que estava aprofundada na depressão. E toda vez que eu estava meio triste eles me ligavam, conversavam, brincavam, chamava para jogar, fazia brincadeiras comigo, me faziam rir, me distraíam. E às vezes a gente fazia com eles quando eles não estavam em momentos bons. A gente ajudava, a gente era um pelo outro. Era todo mundo se unindo para poder se ajudar” (PÉROLA).*

Todos os participantes relatam alguma forma de **alívio** ao se cortar, como observamos nos seguintes excertos:

*“Alívio (...) Do bullying que eu sofri (...) Jogaram casca de banana em cima de mim” (ESMERALDA).*

*“O alicate passou no meu braço quando fui pegar a sacola, e aí o sangue começou a escorrer e eu não senti dor. Daí meio que eu senti um alívio. Daí eu falei ‘por que não?’” (PÉROLA).*

*“Tem hora que alivia, mas só que é algo que nunca alivia. Você pensa que vai aliviar, mas não alivia. É algo que você (...) meio que depois que você começa, você não consegue parar (...) que você vai acostumando” (RUBI).*

*“Era mais para se aliviar, tentar tirar uma dor” (ÁGATA).*

*“Eu li em algum lugar que se cortar alivia a dor. Que a dor do corte é mais forte que a dor que você está sentindo naquele momento. Então para tirar o foco de uma dor, você fazia outra dor” (SAFIRA).*

Diante da dor sentida, a adolescente pode estar experienciando “A sensação de relaxamento experimentada, às vezes até mesmo uma sensação de alegria, resulta do alívio que produz o ato posterior à purgação dos sentimentos, ele permite recolocar-se de pé, não mais ser levado pelo caos” (LE BRETON, 2010, p.31).

**Relacionamento** também foi uma das motivações do “**POR QUE COMEÇOU A SE CORTAR?**” para uma das participantes:

*“Muito daquela época era falta de um ex meu. Eu tava muito triste porque ele tinha ficado com outra menina. Eu lembro até hoje eu deitada em vez de ir para igreja, eu fiquei em casa sozinha. Eu fiquei uma bad em casa. Aí eu pegava e cortava tudinho. Cortei até as pernas, tenho as marcas até hoje. Mas isso faz um bom tempo, faz uns 2 anos. Mas depois nunca mais bateu vontade, sabe?! De fazer essas coisas” (ÁGATA).*

Para Fortes e Kother Macedo (2017), o término de um namoro é um fator de risco para a autolesão e produz uma dor psíquica insuportável, com a qual o ÁGATA não teve recursos mais saudáveis para lidar, potencializada por um forte sentimento de solidão pela inexistência do outro para que pudesse partilhar essa dor.

“**RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA**” é tido como um dos maiores promotores de saúde mental para crianças e adolescentes. “Nota-se também que a falta de percepção de apoio familiar correlaciona-se diretamente à prática da autolesão. Isto demonstra que investimentos devem ser feitos na relação com os pais, para incluí-los como uma fonte maior de apoio” (DE OLIVEIRA 2020, p.51).

Há estudos como de Tortorelli, Carreiro e Araujo (2010) mostrando que uma apropriada e sólida relação com os pais pode funcionar como fator de proteção em relação ao desenvolvimento de atos violentos e psicopatologias na infância e na adolescência, enquanto uma relação insegura tende a deixar os adolescentes em situação de vulnerabilidade emocional e afetiva.

Segundo De Oliveira (2020); Nogueira (2017), para isso é indispensável que as ações consigam integrar os pais, responsáveis e demais familiares, em especial aqueles que compõem as figuras maternas. E completa que “os adolescentes com maior índice de percepção de apoio familiar tiveram menor índice de autolesão” (DE OLIVEIRA 2020 p.52).

Em relação ao **RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA** o tema **relacionamentos** foi concebido para abarcar as falas dos participantes quando, apesar de boas, figuras familiares

não foram suficientes para evitar a autolesão, como vemos nos excertos a seguir. Nota-se que nenhum dos participantes percebe como completamente boa.

*“Minha mãe é preocupada, mas meu pai nem liga” (ESMERALDA).*

*“Assim, eu tenho uma relação boa e amorosa com alguns tios, minha mãe, meus irmãos, meus avós, alguns primos também. Mas tem outros tios, assim, que a gente não se dá muito bem, mas a gente tolera. Mas tem outros parentes, como primos, tios e outras pessoas que fazem parte da família, mas não é de sangue que a gente não se dá muito bem” (PÉROLA).*

*“[Com] minha mãe eu tenho uma relação muito boa. Já [com] meu pai não tenho muito, por conta que ele é mais, digamos, mais (...) ele é rígido como minha mãe. É só que ele não me aceita que eu tenho minha sexualidade” (RUBI).*

*“Eu posso falar a verdade... A gente era bem amiga antigamente, até que mesmo quando ela tava bebada ela jogou muita coisa na minha cara, falou que eu amava mais meus amigos do que ela. Porque eu falei, desabafei. Porque, eu falei, antes a gente era bem amiga, bem aproximada. Mas depois que ela ficou 6 meses fora de casa, e depois voltava para a clínica e ficava mais 6 meses, deu uma distanciada. E eu (...) não que eu não considere, mas não consigo mais chegar nela e conversar com ela” (ÁGATA).*

*“Eu evito falar com minha mãe sobre isso porque ela é uma pessoa que você fala ela (...) ela leva para ela e ela fica muito mal por isso. E com meu pai eu não falo, porque a gente não se conversa muito” (RUBI).*

Observamos a presença no tema **relacionamentos** de vínculo -L<sup>12</sup>, mais especificamente o que sugere Zimmerman (2004, p.196) como amor-sadomasoquista:

(...) que se caracteriza em graus e formas variáveis, por uma forma de amar e ser amado em que a constante é a predominância de um permanente jogo de reciprocas acusações desqualificadoras, cobranças, magoas, ódio com revides vingativos, humilhações diante da presença dos outros, etc.

*“Tem uns que eu não tenho uma relação muito boa. Tem outros que é uma relação tolerável, e tem outros que têm uma relação amorosa” (PÉROLA).*

---

<sup>12</sup> Para (ZIMMERMAN 2004 p. 90) L “inicial de Love, é o signo designador do vínculo de amor (...) Por sua vez, a sigla -L representa a antiemoção do amor, que não deve ser confundida com o ódio” Zimerman ainda descreve 9 vínculos de amor dentre eles: amor-paixão, amor-simbiótico, amor-sadomasoquista, amor-obsessivo-tirânico, amor-histérico, amor-paranóide, amor-narcisista, amor-perverso e vínculo tentalizante.

*“Antes de ontem mesmo ela brigou. Teve uma discussão com o ex-marido por conta da filha dela, minha irmã, e ela foi lá e já e não tinha usado já faz 8 meses, foi e teve uma recaída. Daí ela saiu, nem vi ela saindo, acabou não avisando nada, chegou em casa era 3 e pouco da madrugada bêbada, drogada. E eu não tava sozinha em casa, estava com uns amigos. Mas a minha tia estava meia que sã que ela tinha feito alguma coisa. ‘Assim que sua mãe chegar você me dá um toque’. Se acontecer alguma coisa, ela mora na esquina de casa, aí ela começou a querer sair de novo. Daí meus amigos não deixou ela sair, porque aí seria pior. Daí ela começou a socar tudo em casa, quebrou o vidro com a mão, e foi uma coisa horrível, sabe? (ÁGATA).*

*“Era muito ruim” (SAFIRA).*

*“Bem, mas minha tia bebe álcool, cerveja todo dia”*

*[Pesquisador]A tia lhe trata mal? (aceno com a cabeça) (ESMERALDA).*

Já o **relacionamento com o pai** se demonstrou ruim entre as participantes, como podemos notar nos seguintes excertos:

*“Toda a vez que a gente pega para conversar, a gente acaba discutindo” (ÁGATA).*

*“Perdi contato com meu pai, meu pai não ligava” (SAFIRA).*

*“Ele não me aceita que eu tenho minha sexualidade” (RUBI).*

*“Algumas coisas que ele fala machuca, e as atitudes que ele fez para a perda da vida do meu irmão” (RUBI).*

*“Minha mãe é preocupada, mas meu pai nem liga” (ESMERALDA).*

*“Eu quase não converso com ele” (ESMERALDA).*

Um estudo sobre autolesão e intenção suicida entre adolescentes realizado por Silva (2020) apontou que há comprometimento com a figura paterna, que se mostrou ausente do convívio familiar em grande parte da amostra, ficando a figura materna como referência e principal vínculo de grande parte dos adolescentes participantes.

Já em um estudo de Sganzerla e Levandowski (2010) observou que a ausência ou má relação com a figura paterna é um fator de risco para diversos aspectos do desenvolvimento, indicando risco para manifestação de comportamentos delinquentes, como porte de armas, embriaguez no contexto escolar e início precoce da atividade sexual por parte dos

adolescentes. No entanto, para as autoras, diferenças nas repercussões da ausência paterna são identificadas de acordo com

Os recursos emocionais individuais, o manejo dos membros da família e a presença de uma rede de apoio social com a qual ele possa contar, a fim de minimizar os efeitos adversos dessa condição familiar. De fato, este último aspecto parece ser um fator de proteção para os adolescentes (SGANZERLA; LEVANDOWSKI, 2010, p.305).

Uma rede de apoio social, seja na escola ou seja entre amigos, poderia então minimizar a ocorrência de autolesão entre adolescentes. Também é importante destacar que todas as participantes residiam apenas com suas mães

Sobre a categoria **AMIZADES**, esta nos remete à capacidade de fazer vínculos outros que não seus vínculos familiares. Trazem consigo em seu bojo aquilo que Bion chamou de “social-ismo”

O termo “social-ismo” alude a uma condição em que o paciente, se conseguiu sair de uma predominância da “posição esquizoparanóide” e tiver passado exitosamente para a “posição depressiva”, terá adquirido e desenvolvido capacidades para relacionar-se com as demais pessoas de uma forma que prevaleça uma atitude interna de reparação, respeito, consideração, preocupação, empatia e solidariedade (ZIMMERMAN, 2004, p.154).

Em relação ao tema **Amigos Virtuais**, como já discutido sobre a **Internet**, trouxemos também que esta pode ser benéfica aos adolescentes. Um estudo realizado na Austrália identificou que amigos online podem ajudar os jovens com autolesão, indicando como benefício as seguintes estratégias: falar sobre autolesão com colegas e amigos (mesmo que em comunicação à distância), o encaminhamento para adultos ou profissionais da saúde, maior conscientização do público em relação à autolesão, além da redução do estigma e bullying entre adolescentes (MOREIRA et al., 2020 e BERGER; HASKING; MARTIN, 2017).

*“É uma relação de amizade, como você disse. Amigos, amor, afeto, a gente se ajuda, a gente conversa, a gente brinca. Eu não tenho muitos amigos que a gente possa ter contato, são mais virtuais, e eu amo muito eles. Tipo, foi uma galera que me ajudou bastante enquanto eu meio que estava aprofundada na depressão. E toda vez que eu estava meio triste, eles me ligavam, conversavam, brincavam, chamava para jogar, fazia brincadeiras comigo, me faziam rir, me distraíam e às vezes a gente fazia com eles. Quando eles não estavam em momentos bons, a gente ajudava, a gente era um pelo outro, era todo mundo se unindo para poder se ajudar”* (PÉROLA).

Já no tema **não tenho amigos, tenho colegas**, os participantes relatam que buscam apoio em amigos visto que não conseguiram encontrar continência nas figuras parentais.

[Pesquisador] *“E com seus amigos? você tem amigos?”*

[Esmeralda] *Não muito*

[Pesquisador] *Não muito? Não tem nenhum amigo?*

*(aceno (não) com a cabeça)”* (ESMERALDA).

*“A gente conversa sobre tudo. A gente conta as coisas um pro outro, que eu tenho poucos amigos e os que eu tenho é de muito tempo, de 3 a 4 anos. Eu sou uma menina um pouco difícil de fazer amizade, e quando faço é um pouco mais duradoura.”*(RUBI).

*“Ah, então, porque tipo assim, a gente não pode confiar em todo mundo, entende? Antes a gente tem amigo na hora que tá tudo bem, né?! Na hora que a gente tá ali triste, isso é poucos que vão lá falar com você. Então ‘amigo’ é uma palavra muito forte. Ultimamente uso como ‘colega’ porque colega, querendo ou não, quando você está bem, na hora que você quer curtir, na hora que você vai para uma festa, essas coisas para mim é colega. Então hoje, ultimamente, não tenho amiga eu tenho colegas”* (SAFIRA).

*“Sim, eu tenho bastante. Bastante assim, que eu posso contar, eu tenho umas 4 amigas, né. Mas eu estou satisfeita com elas. E eles moram bem longe. Uma amiga minha mora em Araraquara, outra mora em cascalho. O ruim é isso. A maioria do tempo eu tô sozinha. Mas, que nem minha amiga de Araraquara, quando ela vem ela passa umas duas semanas. Mas quando ela vai embora eu fico muito tempo sozinha, porque eu não tenho amigos perto”* (ÁGATA).

Sobre o **SIGNIFICADO DOS CORTES**, em **uma dor pela outra** vemos nos exemplos abaixo a manifestação da autolesão como *acting-out*, a dor que não pode ser pensada ou mesmo simbolizada é levada a sua concretude.

*“Você criando uma dor para amenizar outra, porque no momento que você está se cortando, você não ia simplesmente pensar nas coisas que estavam te fazendo mal, você ia pensar em se aliviar com aquilo. Eu não vou mentir... Que eu fazia aquilo porque eu me sentia livre. Eu sentia que quando eu tava cortando e o sangue estava escorrendo, é toda aquela tristeza, todas aquelas coisas que me amarguravam, fugia, sabe? Tipo, saía por um tempo, só que depois voltava. E eu não sei explicar muito bem como era a sensação de estar fazendo aquilo, porque eu não sentia dor. Era normal. Para minha família era normal aquilo”* (PÉROLA).

*“É um pouco de mistura que eu sinto quando não consigo desabafar. E isso ele não alivia, mas é algo que eu faço para, como que eu posso dizer, me ajudar um pouco” (RUBI).*

*“Olha, faz muito tempo que eu não faço isso, mas antigamente quando eu me cortava era satisfatório. Eu gostava. E eu falo, não me arrependo. Eu gostava de cortar e passava minha dor, mesmo que depois ardia um pouco (...) era mais para se aliviar, tentar tirar uma dor” (ÁGATA).*

*“Alívio” (ESMERALDA).*

No tema **cada corte tem seu significado**, os cortes aparecem como construtores de significado. Essa é uma diferenciação importante, visto que Bion (1994) nos diz que a despeito de núcleos psicóticos, se pode comparar ou igualizar, mas não simbolizar. As adolescentes do estudo em alguns momentos conseguem representar suas dificuldades, mas não todas, evidenciando que ainda existem partes psicóticas importantes na constituição da mente, visto a complexidade de algumas angústias as quais ainda não tiveram continência suficiente para serem pensadas.

Nos excertos abaixo se descreve sobre a impossibilidade de usar palavras para aquilo que sentia. Já havia palavras para algumas de suas angústias, como veremos em frente. No entanto, temos a hipótese de que ela não tinha um continente confiável para suportar suas angústias, assim, seu aparelho de pensar os pensamentos não conseguiu por si só dar conta.

*“Porque tipo, cada corte é um significado. Então cada situação tem um corte. Então, dependendo de como eu tô, quando eu tô triste, ou tô feliz, é algo muito relacionado a isso. Depende muito. Tem hora que alivia, mas só que é algo que nunca alivia. Você pensa que vai aliviar, mas não alivia. É algo que você meio que (...) depois que você começa, você não consegue parar, que você vai acostumando” (RUBI).*

*“Ham... cada um tem uma coisa. Por exemplo, você sente um alívio na hora, digamos assim, não é bem um alívio. Você tá magoado, daí você vai lá e faz isso para ver se vai adiantar alguma coisa, como um escape. Mas é algo que nunca vai escapar, que depois você automaticamente não para, mas depende porque disso” (RUBI).*

*“Cada corte tinha seu significado, seu sentimento” (SAFIRA).*

*“Antes os cortes significavam ali para me aliviar de uma dor. Eles me significavam ali, vamos dizer, tipo, cada corte tinha um significado, entende? Um corte significa que hoje eu escutei*

*uma palavra ruim que não alegrou meu dia, esse tem o tal motivo, esse tem o tal motivo”* (SAFIRA).

“**JULGAMENTO PÚBLICO**” é a categoria em que traz as falas em que os participantes relatam sentir-se discriminados por sua prática da autolesão. Relatam que o bullying, novamente, é um dos mais recorrentes problemas que enfrentam.

*“Eu sofria muito bullying na escola. E eles, as pessoas que eu considerava meus amigos de infância viraram as costas para mim quando eu mais precisei”* (PÉROLA).

*“Se as pessoas pudessem entender mais, as pessoas pudessem ajudar mais, não tem como né, tem muita gente ruim no mundo. Não tem como proibir as pessoas de serem ruins”* (ÁGATA).

*“Pessoas julgavam muito, falavam que era frescura”* (SAFIRA).

*“No inicio meu pai falava que era frescura, que era modinha”* (RUBI).

*“Bullying que eu sofri”* (ESMERALDA).

Segundo Couto e Cunha (2017, p.237), tanto as autolesões como o suicídio são condutas motivadas por caráter emocional e afetivo, e por conta disso o sujeito pode “experienciar situações de preconceito ou julgamento por parte do outro”.

Os autores ainda explicam que:

A autolesão é um tema que tem fomentado discussões no âmbito social por envolver valores morais, e por essa razão quem pratica pode sofrer preconceitos e julgamentos. Porém, o que não se discute é que a cultura atual pode ser um facilitador para que tal ato seja legitimado, contatos são estabelecidos de modo cada vez mais superficiais e o culto ao individualismo é pregado (COUTO; CUNHA, 2017, p.254).

Já “**IDEAÇÃO SUICIDA**” é a categoria que apareceu nas entrevistas em que as participantes falavam ou deixavam claro que já tiveram ideação suicida em algum momento da vida, como vemos nos excertos a seguir.

*“Pensamento de morte, pensamentos que a gente não é nada, pensamentos tipo (...) só coisa ruim passa pela cabeça no momento”* (SAFIRA).

*“Eu tentei me suicidar 4 vezes”* (RUBI).

[Pesquisador] *“Pensa em suicídio?”* [participante] *“às vezes”* (ESMERALDA).

Para Carmo *et al.* (2020, p.5) o comportamento autolesivo pode ser classificado tanto como suicida, como não suicida, sendo o primeiro com a intenção de morrer pelo

comportamento autolesivo enquanto o segundo, no entanto, não conta com esse fim. “A intencionalidade do ato, quanto a desejar ou não a morte, é subjetiva, pois é discriminada com base nas informações prestadas pelo adolescente e, conseqüentemente, pela interpretação clínica do médico”.

Corroborando com o estudo anterior, Laye-Gindhu e Schonert-Reichel (2005) em um estudo afirmam que 89% dos suicidas também se envolveram em comportamentos de autolesões não-suicidas. As autoras ainda acrescentam que não foram encontradas diferenças de gênero entre os automutiladores no que diz respeito à ideação, planejamento ou tentativas suicidas.

Para Carmo *et al.* (2020), a respeito do suicídio, o hábito da prática autolesiva e/ou a gravidade das autolesões são determinantes sinais de alerta para as tentativas ou concretização do suicídio.

Em **“O QUE SENTE DEPOIS QUE SE CORTA”** trouxe os sentimentos dos participantes que decorreram dos cortes realizados, e se expressaram nos seguintes excertos:

*“Aquilo era vício”* (PÉROLA).

*“Passava minha dor, mesmo que depois ardia um pouco”* (ÁGATA).

*“Se cortar alivia a dor, que a dor do corte é mais forte que a dor que você está sentindo naquele momento. Então para tirar o foco de uma dor você fazia outra dor”* (SAFIRA).

*“Não alivia, mas é algo que eu faço para, como que eu posso dizer, me ajudar um pouco”* (RUBI).

*“Alívio”* (ESMERALDA).

Vemos aqui uma contradição, pois apesar de haver o sentimento de alívio descrito pelos participantes, temos em várias falas durante as entrevistas afirmando que a autolesão não traz alívio a dor emocional.

Nos explica Barbosa (2017, p.7) que “a autolesão aparece nas falas como um substituto ao suicídio, já que proporciona alívio temporário da dor psíquica que parece insuportável em alguns momentos”. Ou seja, consiste em uma resolução temporária ao sintoma, o que traz esse sentimento de não-alívio. Isso se deve ao fato de não solucionar a angústia primeira que levou os participantes a não lidarem com seus sentimentos, permanecendo o sintoma, no caso, a autolesão. Isso também faz com que a autolesão se torne um “vício” pois realimenta um ciclo entre angústia e os cortes.

Já a categoria “**O QUE ACHA DE OUTRAS PESSOAS QUE SE CORTAM**” traz aspectos projetivos desses adolescentes que se cortam e sua interação com outros que praticam a autolesão.

*“Eu tentava a ajudar outras pessoas a sair” (PÉROLA).*

*“É muito triste, mas a primeira coisa que eu fui fazer foi conversar com ela para ver o que se passava” (ÁGATA).*

*“Também sei o que passa por essas situações né. Porque quando a gente se corta, a gente esconde para ninguém ver, para ninguém falar que é frescura. Então, na minha cabeça só eu que fazia. Aí, quando eu vi que tinha mais gente que fazia isso, eu falei ‘não sou eu só que estou sofrendo’, muitas pessoas também sofrem, muitas pessoas também têm esse sentimento de explosão, de sentimentos ruins na sua vida. Então na hora que eu vi assim, eu falei assim: ‘não é só eu que estou com esses problemas’” (SAFIRA).*

*“Acho que ninguém faz isso por atenção. É algo que tem sentimentos. Ele tá tentando colocar para fora só não sabe como” (RUBI).*

*“Que elas precisavam de ajuda” (ESMERALDA).*

Os excertos acima trazem como gostariam que fossem tratados, em alusão ao julgamento público. Por isso perguntar aos adolescentes sobre o que eles acham de outras pessoas que se cortam é como olhar um espelho em que se expressam de forma projetiva a respeito da autolesão e das relações com esses indivíduos.

Em “**FALAR DOS SENTIMENTOS**”, no tema **dificuldade para falar dos sentimentos** vemos na inabilidade de encontrar as palavras para se exprimir através da linguagem. Na dificuldade em pensar e expressar emoções, os adolescentes se utilizam dos comportamentos autolesivos como alternativa à linguagem, exibindo pelo corpo o que sentem, retomando a discussão acerca da alexitimia (KLONSKY e MUEHLENKAMP, 2007; HILL e DALLOS, 2011; CARMO, 2018).

*“Porque eu cheguei a contar para pessoas que elas esnobaram meus sentimentos, e simplesmente que aquilo tudo era só para chamar atenção, e que eu fazia muito drama. E daí eu comecei a perder a confiança nas pessoas aos poucos, porque não foi uma única pessoa, já cheguei a contar para algumas pessoas e que por outras pessoas soube que espalhou. Ai por isso não sou mais aquela pessoa de conversar com todo mundo. Assim, eu ainda converso*

*com o [nome suprimido] ainda e tem minha amiga que está ali fora também que eu converso muito com ela, que a gente se entende. Ela é minha primeira amiga aqui” (PÉROLA).*

*“Difícil, porque eu não sei esclarecer direito, sabe? Às vezes tô pensando numa coisa assim, mas eu não sei falar. Meio difícil. Mas eu tentava do meu jeito, tento do meu jeito” (ÁGATA).*

Retomamos aqui sobre o que falamos sobre continência, onde os participantes nos excertos acima descrevem sobre a impossibilidade de usar palavras para aquilo que sentia. Já havia palavras para algumas de suas angústias, como veremos a frente no tema, **escutar, ajudar e dividir**. No entanto, temos a hipótese de que os participantes não tinham um continente confiável para suportar suas angústias, assim seu aparelho de pensar os pensamentos não conseguiu por si só dar conta. E como já vimos, essa dificuldade de os próprios participantes dar conta de suas angústias.

*“Eu não desabafo, mas é com pai e mãe. Desabafar mesmo é mais com minha amiga que eu tenho há 4 anos” (ÁGATA).*

*“No começo eu não tinha ninguém. No começo eu escondia. No começo eu não conseguia falar para ninguém, porque foi por motivos muito pessoais, sabe, que aconteceu. Então eu não conseguia falar para ninguém, e depois de um tempo eu fui tentando me abrir com a minha mãe, só que minha mãe não foi entendendo. Aí depois de um tempo na escola eu vi uma pessoa que fez a mesma coisa e aí eu consegui conversar com ela. Tipo assim, foi um dia que eu fiquei, tipo, aliviada. Tipo, [aliviada] de estar carregando um peso e conseguido dividir esse peso com alguém” (SAFIRA).*

*“Tenho (...) meu namorado (...) Ele me escuta, me ajuda” (ESMERALDA).*

*“Para não preocupar ela, por que ela já fica preocupada automaticamente, e ela sabe... Ela quer que eu fico falando como é minha emoção, meus sentimentos com a perda do meu irmão. Mas eu sei que se eu falar, ela está lidando com o luto dela, e ela vai querer me ajudar e isso vai piorar mais ela. Então não falo nada, eu prefiro falar para minha psicóloga” (RUBI).*

O tema **“porque é muito bagunçado”** nos diz das aflições que não conseguiam nomear, como pensamentos confusos e sem contorno.

Herdeiro dos elementos beta que não foram metabolizados e da identificação projetiva, aquilo que Bion (1991) chamou de terror sem nome se dava quando as angústias dos filhos eram reintrojadas. Além de não terem sido nomeadas ou significadas, eram acrescidas das

angústias da mãe, que por questões próprias não conseguia suportar essas angústias, que eram sentidas como ataques ao seu próprio eu.

*“Não sei dizer, porque quando você está assim você só enxerga você. Você esquece do resto do mundo. Você esquece do resto, das outras pessoas. Você fica no seu mundinho, você esquece que as pessoas querem seu bem. Você só coloca as coisas de mal na sua cabeça, mas quando para achar a pessoa, não tem a pessoa certa para te escutar, por que é algo muito de pessoas, por exemplo. Eu não consigo desabafar com ninguém, por exemplo. Eu antes era mais fechada que hoje em dia. Hoje em dia eu consigo desabafar, era algo que eu queria falar, mas tinha algo que me prendia. E eu algo vão pensar o que de mim? ‘Que você tá fazendo isso’. Então não conseguia falar com ninguém, eu guardava esse sentimento para mim. Muitas vezes eu tentei falar com minha mãe, só que é algo que me impedia. Não conseguia falar com amigos, com ninguém, que é algo que me impedia, dentro de mim de estar falando com alguém”* (RUBI).

*“Não mudava muito as coisas porque é algo que eu falava. Mas eu só falava, mas não adiantava nada. Eu continuava me machucando. É o que pensa que vai aliviar, mas às vezes a gente se machuca mais porque você pensa que a pessoa tá achando algo de você. Então você não sabe se vai te ajudar ou se ela tá te julgando na cabeça dela”* (RUBI).

*“É que, tipo, é um sentimento de dor, com raiva, com medo, são só sentimentos ruins que a gente sente na hora. É igual passar na psicóloga, é num momento em que eu estou tipo dentro duma caixinha, mas parece que ninguém vê. Então é um momento que eu estou com muita dor por dentro, muito sofrimento, muitas coisas que fica acumulada ali. A gente fica guardando.... Então é tipo um momento de loucura. Então ninguém entende isso, é muitos sentimentos ruins junto, faz uma bolinha de neve e ficam só eles lá. Aí quando dá a crise de ansiedade eles se explodem”* (SAFIRA).

[Pesquisador] *“É muito difícil falar sobre os pensamentos?”*

*Sim, porque é muito bagunçado”* (RUBI).

*“É algo que ele traz, que são sentimentos dele (adolescente). Que ele sente, só não consegue falar com ninguém”* (RUBI).

*“Aí eu simplesmente falo que eu não preciso mais da ajuda de ninguém e que eu posso dar conta disso sozinha. Mas a gente sabe lá no fundo em que a gente não dá conta daquilo sozinho, e que a gente precisa de alguém. E eu desejo de todo meu coração que as pessoas*

*do mundo e ao redor dele possam ver o mundo de uma forma diferente, mesmo que existam pessoas ruins. Existem pessoas boas, por que o que é o mal se não existe o bem?” (PÉROLA).*

Houve respostas em que os cortes deram a sensação de alívio por meio do **“como se alguém tivesse te abraçando”**. Eis que aqui vemos a relação continente-conteúdo nas falas das participantes, problematizamos se os cortes não estariam a serviço da continência, visto que ao se cortarem as participantes dão um novo recorte a suas vivências, e se sentem acolhidas ou mesmo “como se alguém tivesse te abraçando” (PÉROLA). Reverbera também na fala da PÉROLA a busca por um continente quando encerra sua fala com “*você entende né?*”, pressupondo que o pesquisador possa acolher sua angústia e tente compreender o não dito pela participante como vemos a seguir.

*“[nos] pensamentos era as coisas ruins que eu já tinha passado. As coisas que ficavam aflitas, que me levavam àquilo e quando eu começava a cortar era uma sensação de alívio. Era como se alguém tivesse te abraçando enquanto você tivesse tentando aliviar sua dor de alguma forma, e como se aquilo tivesse adiantando. Você entende né?” (PÉROLA).*

*“É que o adolescente é complicado os pensamentos. Diferente. É basicamente isso. Para a gente é uma coisa, para outras pessoas é outra. Então acho que conversar ajudaria um pouco as pessoas” (RUBI).*

*“Uma amiga que eu conheça bem, que eu confie, e que eu saiba que vai me escutar e não vai me julgar. Se eu estiver errada, sim, também me dar um puxão de orelha” (ÁGATA).*

*“Sim, com certeza. Tudo na base da conversa e também das amizades. Quando você está triste demais, para não se cortar você sai com sua amiga, você vai dar uma volta, vai comer, tomar um sorvete. Isso que seria uma ajuda. Esquecer. Esquecer e não deixar a pessoa sozinha” (ÁGATA).*

A questão corporal ainda é significativa para os participantes, visto que para sentir seu próprio Eu-pele em algumas vezes substitui a simbolização que pode ser feita na relação com o outro.

O “continente” propriamente dito, estável, imóvel, se apresenta como receptáculo passivo para o depósito das sensações-imagens-afetos do bebê, assim neutralizados e conservados. O “contentor” corresponde ao aspecto ativo, segundo Bion à “rêverie” maternal, à identificação projetiva, ao exercício da função alfa que elabora, transforma e restitui ao interessado suas sensações-imagens-afetos que se tomam representáveis. Assim como a pele envolve todo o corpo, o Eu-pele visa envolver

todo o aparelho psíquico, pretensão que então se revela abusiva, mas necessária no princípio. O Eu-pele é agora representado como casca, o Id pulsional como núcleo, cada um dos dois termos tendo necessidade do outro. O Eu-pele só é continente se houver pulsões para serem contidas e localizadas em fontes corporais, mais tarde diferenciadas (ANZIEU, 2000, p.133).

*“Não eu parei, mas eu tenho mania de ficar me apertando e me arranhando”* (RUBI).

Como já foi dito por Knobel (1981), faz parte do **amadurecimento** do adolescente a ruptura com aspectos primitivos da personalidade, que foram citados pelo autor, em especial aspectos da parte psicótica da personalidade.

*“Ainda sinto, ainda me sinto muito sozinha. Mas, hoje em dia, como eu estou mais madura, eu consigo mais manter esses sentimentos. Vou arrumar os quartos, vou fazer faxina, hoje em dia é mais fácil”* (ÁGATA).

*“Antes, quando eu não conversava com ninguém, eu escrevia e isso me ajudava. Eu escrevia. Pintar, ir na rua ver os pássaros, as árvores. Então não precisa ser uma pessoa, pode ser uma coisa boba, mas que no momento significa muita coisa. Para mim, quando eu não conseguia falar com ninguém, eu escrevia muito, muito, muito, muito. Então, quando eu via que já não dava mais para se cortar, eu pegava um papel e escrevia. Escrevia as coisas, frases românticas. Escrevia, desenhava. Eu planejava o futuro pelo papel. Então isso ia tirando a vontade enorme de acabar com sua própria vida. Então, eu, mesmo sozinha, conseguia me virar. Tipo, se eu não conseguisse conversar com ninguém, eu escrevia, desenhava, ia na rua, sentava na rua ver as pessoas, um ‘oi’ de alguém já mudava meu dia. Porque não era um ‘oi’ seco, era um ‘oi’ com vontade de falar ‘oi’, sabe? Então era, tipo assim, você estava se livrando de uma coisa ruim, mas você estava focando em outra coisa”* (SAFIRA).

Sugerem então Fortes e Kother Macedo (2017) que o processo deva se dar a partir do abandono da posição infantil desse adolescente, e que este seja através da perda do valor da imagem corporal advinda do narcisismo dos pais<sup>13</sup>, em detrimento do investimento no seu próprio corpo como objeto desse investimento. Os autores continuam afirmando que para a construção de novos modelos identificatórios, o adolescente precisa renunciar à onipotência infantil e então construir seu próprio caminho. Os autores ainda alertam que isso só pode

---

<sup>13</sup> O narcisismo dos pais, ou a reedição do narcisismo primário dos pais nos cuidados do filho. Como nos dizem Laplanche e Pontalis (2001, p.290), quando a *“criança toma a si mesma como objeto de amor, antes de escolher objetos exteriores. Esse estado corresponderia à crença da criança na onipotência dos seus pensamentos”*. Muito importante mecanismo de estruturação do ego e da autoestima, principalmente quando limitado apenas à fase da primeira infância do bebê.

ocorrer quando houver o investimento narcísico dos próprios pais, movimento esse que já fora caracterizado por Freud (1996c), que em seu trabalho sobre o narcisismo afirmou ser necessário que o bebê seja investido e tratado como “a majestade o bebê”. Fortes e Kother Macedo (2017) ainda complementam que a ausência do autoerotismo, necessário para a atenção e autocuidado (que se funda a partir do investimento narcísico dos pais), assim como a ausência de recursos em se dirigir ao outro, fazem com que o jovem tome como uma saída recorrente a automutilação. Esta constatação nos faz refletir novamente sobre a importância das relações parentais da criança.

Esses autores, que ressaltaram mais uma vez a importância de uma figura parental da criança, para que se possa fazer o que Bion (1991) chamou de *rêverie*, em benefício de seu desenvolvimento e demonstram sua importância. Esse contato com as figuras parentais é decisivo na constituição da personalidade de qualquer sujeito.

Retomando Rego (2017), que propõe que as políticas públicas sejam construídas por jovens e não para jovens, possibilitando o amadurecimento e emancipação destes atores ante questões político-filosóficas e sua interpretação crítica. A coletividade, assim como a participação destes atores, é uma alternativa aos riscos e à individualização massiva. Em vista disso, ouvimos também os adolescentes sobre **“COMO A SOCIEDADE DEVERIA RESPONDER/POLÍTICAS PÚBLICAS”**.

Esta proposta, como dito anteriormente, poderia então ter duplo benefício, visto que primeiro as políticas emergiriam das condições reais e territorializadas da comunidade, em detrimento à omissão do Estado. Em segundo lugar, poderiam envolver os atores. Estes os adolescentes e familiares, a fim de que, ao participar se apropriassem e internalizassem construtos familiares e sociais, integrando-os a coletivos sociais dos quais possam ter sido destituídos.

*“Eu não sei muito bem. É começar pelo... assim... eu acho que, se as pessoas diminuíssem mais a forma como elas tratam as pessoas ao redor do mundo, em que eles começam a ter empatia, eu acho que as coisas começava a simplesmente a melhorar mais. Mesmo que não se tornasse amiga daquela pessoa, mas tivesse empatia e soubesse como aquela pessoa se passa. Não que a pessoa fosse fazer aquilo que ela faz, mas que ela começasse a compreender que todos nós vivemos de formas diferentes e passamos por coisas diferentes. Nem todo mundo vive a mesma coisa, nem todos nós somos a mesma coisa, e a sociedade quer impor padrões. Ela quer que você seja daquele jeito que ela quer, e assim são muitas pessoas ao redor do mundo. Ela quer que você seja aquilo que ela quer que você seja, mas quando você*

*abre mão de ser aquilo que elas querem que você seja, elas começam a te tratar de forma diferente. E muitas vezes você nem tem contato, mas na cabeça dela vocês têm que ser o que ela quer que você seja. E, tipo, isso é o que muita das vezes leva os jovens a piorar, que é o fato das pessoas não terem mais empatia com os outros e não tentarem mais ajudar as pessoas. Tipo, ‘eu não ligo, problema dele. Ele que toma conta daquilo’. O mundo tá basicamente isso” (PÉROLA).*

*“Ah, eu não sei. Eu acho que a sociedade. Aí não sei. Se as pessoas pudessem entender mais, as pessoas pudessem ajudar mais. Não tem como, né. Tem muita gente ruim no mundo. Não tem como proibir as pessoas de serem ruins. Acho que precisa de pessoas para ir procurar ajuda que nem hoje. Vai da pessoa também, se a pessoa não quiser também a pessoa vai ficar se cortando todo dia. Se a pessoa também quiser ficar se matando, não quiser desabafar, ou procurar uma ajuda, o que a sociedade vai poder fazer? No máximo tentar ficar ali do lado e ajudar” (ÁGATA).*

*“Não julgassem” (ESMERALDA).*

*“Ai, muita coisa. Tipo, aulas... Tipo (...) Sim, eu acho que deveria porque é como se fosse um tabu, para os adolescentes tudo bem, mas para os adultos é tipo um tabu. Deveria estar em aulas. Tipo, os professores explicar. Eeles não incentivar a gente, sabe? E as pessoas terem mais. Aí uma aula só... Tipo, na escola mesmo deveria ter um psicólogo. Então, na escola mesmo. Tipo assim, as pessoas deveria tirar nem que seja 20 minutos, mas ter assim uns 20 minutos assim para conversar. Para ver se a pessoa está bem, para incentivar a pessoa a fazer coisas boas. Deveria ter esse tipo de coisa para as pessoas não ficar. Porque na escola acontece muitas coisas, e realmente é na escola onde as pessoas mais se cortam. Pelas coisas que acontecem na escola. Então na escola mesmo deveria ter tipo uma pessoa, já que ela converse com todos, porque cada pessoa tem alguma coisa. Então eu acho que isso ia ser muito bom, por causa que... ainda mais na escola... porque lá é um teste de tudo que você imaginar. Então na escola acho que deveria ter um psicólogo para conversar e querer entender a gente. Porque ali na escola muita gente pede ajuda, mas muitas pessoas de dentro da escola não ajudam po que falam que não é da profissão. Então acho que na escola deveria ter um psicólogo” (SAFIRA).*

*“[Sobre] a questão dos pais, eu acho que quando o adolescente está passando por isso, para verem o lado dele antes de falar alguma coisa. Que nunca se fala para um filho que isso é passageiro, que é uma frescura, que você está piorando, que ele quer sua ajuda, ele quer sua*

*atenção. Nesse momento, não é bem uma atenção que ele quer, é algo que ele precisa de você do lado dele e não contra ele” (RUBI).*

Propõe-se pelas próprias participantes, de forma geral, que o tema empatia seja discutido entre seus pares, e que isto deva ser realizado nos espaços já ocupados por adolescentes, como as escolas. Foi também trazida a possibilidade de atendimento psicológico também nos espaços já ocupados pelos adolescentes. Propomos que este atendimento possa ser grupal, onde fortaleceria aquilo que Bion chamou de social-ismo, abandonando o narcisismo já discutido anteriormente.

Um bom lugar para essas intervenções se daria nas escolas, local onde considerável parcela dos adolescentes está inserida e é na escola que, segundo Costa *et al.* (2019, p. 3), “denota-se a relevância do contexto escolar neste percurso; o mesmo aparece como principal meio de socialização na adolescência, onde experimentam suas identidades para além das famílias”. As escolas assumem por isso um papel fundamental na vida dos adolescentes e “é apontada em algumas situações, como o único espaço de proteção e acolhimento” (COSTA *et al.*, 2019, p. 6). Entretanto, em seus estudos, Gonçalves e Silva (2017, p.243), ao acompanharem uma aula sobre Bullying através da observação participante, observaram que os “adolescentes informaram que até mesmo as meninas que praticam a automutilação sofrem bullying”. Para dar conta dessa e outras demandas que podem levar às autolesões, algumas das proposições de Sant’ana (2019) são reuniões com a equipe escolar a fim de conhecer e enfraquecer possíveis formas de estigmatização e exclusão dos adolescentes, além da criação de espaços de escuta para o enfrentamento de situações cotidianas e atendimento familiar, visando identificar e ressignificar os relacionamentos aos quais o adolescente está inserido.

Para Sant’ana (2019), é importante conscientizar toda equipe que atende os adolescentes sobre o reconhecimento dos sinais físicos e emocionais relacionados à autolesão. Ele salienta que os sinais físicos podem abranger desde cicatrizes, manchas de sangue nas roupas, assim como roupas inadequadas à temperatura local e posse de objetos que possam ser utilizados para os cortes. Já entre os sinais emocionais estão a dificuldade ou inabilidade de lidar com as emoções, depressão, ansiedade, raiva, medo exacerbado ou isolamento social. Pode-se encontrar também registros por escrito sobre temas como tristeza, sofrimento ou danos físicos. A autora também traz que os educadores precisam estar atentos, pois o comportamento autolesivo, de forma geral, representa uma forma de enfrentamento de conflito, mas não necessariamente tem intenção suicida. Entretanto, não deve ser minimizado ou encarado como

sendo feito para chamar atenção, pois o indivíduo encontra-se em dificuldades e necessita de apoio para o enfrentamento ou comunicação das dificuldades aos responsáveis

Sant'ana (2019) alerta que os educadores devem se responsabilizar pela observância de sinais que possam levar ao ato autolesivo e expor à família órgãos oficiais, como o Conselho Tutelar, como determinado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Lei 13819/2019 o Decreto 10225/2020. Ela ainda defende que um psicólogo escolar poderia orientar esses adolescentes que realizam práticas autolesivas a informar aos pais ou educadores sobre suas dificuldades, assim como esclarecer sobre o tratamento e seu agravo sem uma intervenção adequada. A autora enfatiza que é fundamental que as escolas também “desenvolvam projetos de conscientização sobre o tema, visando favorecer a prevenção e o bem-estar dos estudantes” (p.131). Outra questão levantada é que a escola estabeleça a mediação no acompanhamento psicológico que o aluno recebe fora do meio escolar, com o intuito de favorecer o progresso do tratamento.

Por fim Sant'ana (2019), em conversas com a equipe de gestão e educadores da escola de uma escola em 2018, levantou as seguintes informações:

os gestores e professores desconhecem ou tem poucas informações sobre as características da autolesão não suicida entre adolescentes; b) esses profissionais solicitam contribuições quanto à formação continuada, seja na forma de cursos ou palestras a fim de lhes prover informações sobre o fenômeno e indicar ou construir estratégias de enfrentamento nas escolas, c) esse grupo também a necessidade de o psicólogo escolar dar suporte na realização de projetos e ações de prevenção junto aos alunos, fornecer orientação a estudantes que apresentam este padrão de conduta e seus familiares, assim como colaborar na realização de encaminhamentos (SANT'ANA, 2019, p.131-132).

Os educadores e gestores devem ser envolvidos e sensibilizados ante esse padrão de conduta dos adolescentes para que possam auxiliá-los. A autora também sugere que o papel do psicólogo escolar é fundamental também na sensibilização dos adolescentes que praticam a autolesão ou não para serem mais assertivos quanto a resolução de conflitos intra- ou interpessoais.

### **CAPÍTULO 3: O Estado e o Adolescente que se Autolesiona**

O conceito de adolescência como concebemos hoje, assim como o de infância, é tido como recente na história, em especial o primeiro, visto que até o início do século XX deixava de ser criança o indivíduo que era apto a trabalhar. O próprio Código de Menores de 1927, que elevou a maioridade penal aos 18 anos, em detrimento ao Código Criminal do Império do Brasil, de 1830, onde eram inimputáveis apenas os menores de 14 anos (ALVES *et al.*, 2009).

Dito isso, pensamos que talvez a adolescência, assim como os adolescentes, não tenha conquistado sua representatividade aos olhos do Estado, de forma que pudesse atender às necessidades específicas de inserção social destes. As propostas poderiam ser diferentes daquelas feitas às crianças no ECA de 1990, já que são diferentes dos primeiros apenas medidas em caso do conflito da lei e inserção em cursos profissionalizantes, mas sem perspectiva de políticas públicas desenhadas especificamente para a adolescência (REGO, 2017).

A própria produção científica relacionada à adolescência demonstra certa tendenciosidade no tratamento da questão da adolescência, visto que

Surge assim um sem-número de pesquisas em torno da categoria, que abrangem, majoritariamente, sua relação com a escola, à família, à sexualidade e com o uso de drogas e com a violência (REGO, 2017, p.150).

Logo percebemos os mesmos fatores ao realizarmos uma busca em bases científicas através do indexador “adolescência”. Conclui-se que outros temas relacionados à adolescência são bem menos discutidos tanto pelo ECA como pela produção científica.

Nossa proposta com o trabalho vem à primeira vista disparatada destes temas majoritariamente discutidos na adolescência, segundo Rego (2017), tentando trazer luz ao fenômeno da autolesão, sua relação com a sociedade, e, de forma particular, a interação do Estado frente a essa questão.

Como já dito, a corrente psicanalítica será priorizada neste momento, pois acredita que as relações familiares, desde tenra idade, e posteriormente as sociais, se fazem um território propício para o desenvolvimento da capacidade de socialização e pretendemos explorar com esse estudo as representações de família e sociedade que foram responsáveis pela constituição desses adolescentes. Algumas consequências desses problemas, das formas atuais das relações sociais e familiares e sua relação com a individualização serão discutidas adiante neste capítulo.

As autolesões comumente podem ser associadas ao suicídio, pois muitas delas decorrem de tentativas ou sucessos nesse intento. Por isso, muito da literatura sobre autolesão vem ligado

ao suicídio, apesar da existência de estudos e uma categoria, quiçá a mais observada, de autolesão sem ideação suicida. Talvez pensar que a diferenciação não ocorra por terem raízes etiológicas correlatas, e esse fenômeno estar também presente em sujeitos, que em maior gravidade, cometem suicídio, o que, inclusive, nos permitirá fazer algumas aproximações.

Esta aproximação encontra lastro em trabalhos que correlacionam a um contexto mais amplo, o qual faz relação enquanto uma psicopatologia social e da desintegração social. Fenômenos esses que têm como ponto inicial aquilo que Durkheim denominou de anomia. A anomia é decorrente da ruptura entre os meios sociais necessários para alcançar objetivos individuais culturalmente gerados (MEIRELES, 2001), situação que se dá em momentos de crise, decorrentes de grandes alterações socioeconômicas, ou inerentes à sociedade pós-moderna, como o individualismo, conceito que prioriza a liberdade individual em detrimento da coletividade ou Estado. Durkheim (1982) já concebia que o “individualismo puro”, como aquele que percebemos já na sociedade moderna, correlaciona-se ao mais alto grau de anomia na sociedade.

Dado esse primeiro panorama histórico, traremos os pressupostos trazidos por Ulrich Beck a respeito daquilo que vivemos contemporaneamente e é tratada como uma sociedade de risco. O termo cunhado por ele (BECK, 2011) nos diz que a modernização trouxe um imensurável número de benefícios para a humanidade, além de incontáveis riscos, que não podem ser contidos. Um exemplo disso é o uso de fertilizantes, que trazem benefícios para a agricultura, mas também trazem a poluição, doenças decorrentes de seu uso, etc. Para Mendes (2015, p.212),

O risco é, para Beck, um estágio intermédio entre a segurança e a destruição, e a percepção dos riscos ameaçadores determina o pensamento e a ação. No risco, o passado perde o seu poder de determinar o presente. É o futuro, algo que é construído, não existente, que constrói o presente, e os riscos são sempre locais e globais, assumindo uma dimensão transescalar.

Ainda para Mendes (2015), essa lógica também é aplicada às relações sociais, como a precarização das condições individuais e individualização da desigualdade social, trazendo um “processo de formação social da identidade em mundos de vida destradicionalizados e individualizados” (BECK, 2011, p.111). Já para Westphal (2010, p.429), “a individualização crescente leva ao desmoronamento de valores, normas, modelos de orientação e ação coletivos repartidos”. Como consequência, passamos a ter na atualidade:

Uma individualização de riscos sociais. Em consequência, os problemas sociais convertem-se imediatamente em disposições psíquicas, em insuficiência pessoal,

sentimentos de culpa, angústias, conflitos e neuroses. De modo suficientemente paradoxal, surge uma nova imediação de indivíduo e sociedade, a imediação de crise e enfermidade, no sentido de que crises sociais se manifestam como crises individuais e já não são percebidas em sua dimensão social, ou somente o são com muitas mediações (BECK, 2011, p.147).

Ainda para Beck (2011), anteriormente, aquilo que afetava o indivíduo era “um golpe do destino”, como quando ocorrem em guerras, catástrofes, morte accidental, coisas como uma separação conjugal ou mesmo desemprego passaram a representar um “fracasso pessoal”. Por isso, na sociedade individualizada os riscos adquirem não apenas um aumento quantitativo, mas também qualitativo, nos quais se somam ao indivíduo atribuições de culpa, gerando novas demandas terapêuticas, psicológicas, educacionais ou até políticas.

Outra consequência da sociedade de risco que está diretamente ligada ao nosso tema é que “Quando tudo se converte em ameaça, nada mais é perigoso. Quando já não há saída, o melhor afinal é não pensar mais na questão” (BECK, 2011, p.43). Nem mesmo os cortes se tornam perigosos, mas uma possibilidade de viver. Isso não exclui o risco de morte durante a autolesão, nem o risco de danos permanentes a pele, e nem mesmo o risco de ser visto, já que para os adolescentes os cortes geralmente não têm o intuito de serem aceitos. Prova disso é o uso de roupas de manga longa mesmo em dias quentes, quando os cortes são realizados em áreas que comumente ficam expostas. Sobre o pensamento, o não pensar na dor psíquica para aqueles que praticam a autolesão torna-se o ato concreto para sentir essa dor no corpo, para sentir-se vivo.

Podemos supor que os cortes nos corpos dos adolescentes, sobretudo meninas, são naturalizados na prática, assim como seus riscos são também artificialmente abrandados, mediante uma expectativa de recompensa imaginária de satisfação individual, ou como estratégia de compensação em uma sociedade em que a lógica da aparência, da performance e do espetáculo parece presidir as regras sociais. A individualização das ameaças e dos riscos, a sua distribuição desigual entre as classes, individualiza também as respostas, as maneiras como temos que lidar com desafios e problemas postos por uma sociedade pós-industrial. Segundo Beck (2011), a sociedade de risco reorienta os papéis outrora tradicionais de família, gênero e classe, herdados da sociedade industrial, numa nova redistribuição das desigualdades, intensificando o grau de individualização dos dramas e conflitos que cada pessoa tem que resolver a fim de recuperar sua integração funcional e sua conexão orgânica nas formas de vida e nos sistemas em que vivem. A libertação dos jugos tradicionais do casamento, da maternidade, dos papéis de gênero, não representa necessariamente uma libertação para uma

existência autônoma, livre de enormes coerções, para que a condição humana se encaixe perfeitamente nas funções e papéis socialmente estabelecidos pelas normas sociais atualmente vigentes. O medo da solidão, por exemplo (BECK, 2011), não deixa de ser um componente muito forte para cimentar as relações sociais na vida contemporânea, em substituição aos papéis outrora tradicionais. Num processo crescente de individualização, a solidão, o abandono, é uma ameaça suficientemente devastadora, capaz de alimentar e sustentar formas de vínculos e de atos os mais estranhos, mas adequados a respostas crescentemente individuais e solitárias, aos enormes problemas que os adolescentes, por exemplo, têm que enfrentar cotidianamente.

Reforça Dettmer ao trazer em seu trabalho sobre a automutilação entre adolescentes que Beck propõe que exista:

“a presença cada vez maior de estados de exceção relacionados com os riscos. O autor argumenta que os estados autoritários são cada vez mais comuns [...] É inegável que a realidade Brasileira vive em tempos de exceção. Seria então o *cutting*, no Brasil, um reflexo de um governo que beira as margens do totalitário, e que se baseia na insegurança e no risco como governabilidade? (DETTMER, 2018 p.48-49)

Este percurso se faz útil para contextualizar o tema da autolesão entre adolescentes e uma proposta de correlação com a sociedade e o papel do Estado nessa dinâmica. Como vimos com Fortes e Kother Macedo (2017); Simioni (2017), o fenômeno da autolesão pode ter sua gênese nas relações (podendo ou não serem mediadas pelo Estado) e questões intrapsíquicas que se desenvolvem nesse meio e são constituídas por essas mesmas relações.

Em relação a políticas públicas específicas para o tema autolesão no Brasil, temos em 26 de maio de 2019, a aprovação da Lei Federal 13.819/2019, que “Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios”. Assim como em 5 de fevereiro de 2020 também foi aprovado o Decreto 10.225/2020 que “Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio”, nos anexos I e II, respectivamente. A Lei, de forma geral, tem a finalidade de dispor atendimento através dos já existentes equipamentos de saúde, além da notificação compulsória por escolas ou outros profissionais que atendam a esses usuários dos serviços públicos. Já o Decreto, complementa a Lei 13.819/2019, que além da instituição do Comitê Gestor da Política reconhece fatores sociais e propõe o fortalecimento de direitos desses usuários.

Propomos então pensar a partir do percurso que trilhamos na introdução às repercussões sociais, assim como à resposta do Estado ao mote da autolesão em adolescentes no Brasil, frente a esse tema.

Ao trazermos a intervenção nos episódios de autolesão para a saúde mental, acaba por acarretar a individualização e responsabilização exclusiva de seus atores, destacando-os de fenômenos sociais aos quais todos esses atores estão circunscritos, mesmo que estes possam ser citados ou levados em conta. Essa proposta de atendimento em equipamentos de saúde é inclusive a principal intervenção trazida pela Lei nº 13.819 de 2019.

E do que então se trata essa lei? E quais as possíveis repercussões? De forma geral, ela institui uma política nacional de prevenção da autolesão e do suicídio, trazendo como pilares, a divulgação do problema, a disponibilização e capacitação de equipamentos de atenção à saúde mental já existentes, a notificação compulsória às agências sanitárias e conselhos tutelares e a criação de um serviço telefônico gratuito destinado ao atendimento desses atores em sofrimento psíquico.

No que tange à prevenção tem-se como proposta a informação e sensibilização para o tema e articulação dos atores de áreas como a saúde, educação, comunicação e segurança pública, evidenciando o caráter disciplinar da proposta. Vemos então que “não se pode pensar no poder apenas como restrições e proibições, mas a eficiência do poder está na produção de supostos saberes legitimadores de condutas sociais” (HENRIQUES, 2018, p.175).

A autolesão é tida na proposta da lei brasileira como passível de intervenção como um problema sanitário, e propõe em seu principal escopo intervenções realizadas por meio de equipamentos de saúde, em especial de saúde mental.

Não se pode negar fatores constitutivos do sujeito, de saúde mental e resiliência como fatores protetores ao desenvolvimento do comportamento autolesivo, no entanto, nos disporemos a fazer questionamentos em outras esferas que sejam possíveis a prevenção, de forma especial, em fatores sociais e de políticas voltadas aos adolescentes.

Então seria a Lei uma saída para um problema que pensamos estar ligado a uma sociedade de riscos? Henriques (2018) enfatiza uma via de resistência do adolescente a lei e uma apropriação do próprio corpo, fato esse que queremos revisitar aqui. Apesar da proposta de que o ato da autolesão possa trazer em seu bojo o sentimento da apropriação do próprio corpo, seus excertos trazem um outro dado: a perda de laços familiares ou sociais. Esta perda é notabilizada nesses adolescentes como falta de limites, o desrespeito à lei ou até a falta de internalização desta, a falta de continência familiar e o encontro de laços sociais em grupos

de outros adolescentes que praticam autolesões. Essas constatações no trabalho de Henriques (2018) demonstram que mesmo que a autolesão venha em termo como enfrentamento, são relatadas percepções importantes daquilo que definimos como uma sociedade de riscos.

Autores como Bahia, *et al.* (2017) relacionam o fenômeno da autolesão à presença de questões sociais, assim como o suicídio, que também é circunscrito por essa Lei. No entanto, qualquer lei, mesmo que normativa e com propósitos disciplinares, ou no caso especial da Lei 13.819 de 2019, principalmente no que tange a disciplina dos corpos, é inócua a nível individual. Esclarece-nos Fernandes (1996, p.76) que assim como a lei, num sentido mais amplo, o “conjunto de valores e crenças, maneiras de pensar, sentir e agir coletivas que só são ativas porque e enquanto estão psicologicamente inscritas”.

A questão acerca da autolesão em adolescentes parece-nos explicar o propósito ou necessidade da criação de leis como a 13.819/2019. Já ressaltamos anteriormente a preocupação e o aumento das discussões sobre o tema, seja a nível mundial, ou nacional, mas a lei e os dispositivos nela contidos parecem apresentar características relacionadas com o que Boltanski (2013) chamou de dominação gestonária. Para ele, até mesmo a escolha desse tema possa ser relevante, e nos propomos a mostrar este processo a seguir.

Discutiremos então, com base em nossa análise crítica da Lei 13.819/2019, e a partir dos aspectos implícitos daquilo que Boltansky (2013) denomina dominação gestonária e seus desdobramentos. Teorias essas que se propõem a dar conta de demandas da adolescência no que tange ao fenômeno da autolesão, e seus desdobramentos, a fim de discutir seus efeitos na individualização dos riscos.

O tema da autolesão, que tem sido discutido recentemente nos meios de comunicação, apareceu como agenda do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e motivou a criação desta Lei. O discurso do Ministério nos meios de comunicação veio como forma de legitimar uma crise do modelo familiar pautado na religiosidade, e a autolesão, assim como outros problemas sociais foram usados para legitimar essa crise. Assim se constitui a dominação gestonária. De forma hipotética tentaremos demonstrar como isso se daria em relação ao tema que estamos discutindo. Para Boltanski (2013), há a necessidade, sempre num sentido causal, de determinar medidas a serem tomadas, fornecendo uma explicação que as legitime ao invés de uma justificativa. Ao evocar ações nas pessoas a partir dessas explicações, mesmo que essas sejam inócuas, ou demonstrem poucos benefícios ou abrangência, como o acesso integral aos equipamentos de saúde nos casos de autolesão, pressupomos não serem efetivas.

Visto as dificuldades já conhecidas ao acesso, supor-se-á que não existe interesse dos adolescentes ou das famílias, ou que estas negligenciam os cuidados com esses adolescentes, reforçando a tese primeira da crise do modelo familiar. Inicia-se então um ciclo perverso onde:

Esta forma de “culpar a vítima” equivale a deslocar para a “responsabilidade individual” o peso das restrições que são apresentadas, no nível macro, como as forças objetivas sobre quais as vontades individuais não têm influência. Duas figuras estão assim combinadas. Por um lado, a figura da necessidade, no que ela tem de inexorável; por outro, a figura da liberdade, declinante no registro da autonomia e da meritocracia (BOLTANSKI, 2013, p.449-450).

Não existe melhor ambiente para isso que na sociedade de riscos. Beck (2011) e Boltansky (2013) coadunam sob a tese de que a dominação gestonária só pode ocorrer em uma sociedade onde ocorre a individualização dos riscos. Da população então atingida, ou como o próprio Boltansky nomeia, os dominados, espera-se que eles acreditem na capacidade plena das instituições, e que estas ofereçam a melhor e infalível alternativa a ser seguida à risca, e qualquer interpretação ou questionamento das proposituras seja considerada uma transgressão. E, na outra ponta, os dominantes adotam posturas práticas em relação às instituições, de acordo com suas convicções políticas ou administrativas, pois eles as gerenciam.

Dessa forma, como vimos, a Lei 13.819/2019 tem escassas propostas para o tema da autolesão, para além de fagocitar o problema, sem de fato propor a ampliação ou criação de qualquer política de intervenção que já não estivesse posta. Mesmo a criação de um serviço telefônico de atendimento segue um modelo já existente do CVV (Centro de Valorização da Vida), que conta com um serviço telefônico para a demanda do suicídio, e que emergiu da sociedade civil como equipamento de iniciativa filantrópica, precisando ocupar o papel do Estado no suporte a essa demanda, dada sua omissão (FOGAÇA, 2019).

Um estudo recente acerca da temática do suicídio, tema esse que a Lei 13.819/2019 também se propõe a intervir, confirma nossa percepção de que o “Estado brasileiro se mostra frágil no processo de elaboração e implementação de políticas públicas de prevenção ao suicídio, ao passo que inexistente qualquer plano nacional de prevenção” (FOGAÇA, 2019, p.251). Iniciativas da sociedade civil, como o autor enfatizou, que surgiram pela não cobertura do Estado no que tange a essa demanda. Ele continua ao dizer que

A formação de uma agenda de prioridades em saúde e os investimentos públicos propriamente ditos estão cada vez mais vinculados ao desempenho geral da economia, abrindo caminho ora para políticas assistencialistas e de precário padrão, ora para a prestação não universal do terceiro setor. [...] remete-se a um prisma

histórico onde a prestação de determinados direitos sanitários a grupos em situação de vulnerabilidade dependia exclusivamente da caridade de agrupamentos civis, o que inviabiliza, por certo, qualquer tentativa de efetivação de direitos, mas tão somente de constância no cenário omissivo perpetrado pelo poder público. (FOGAÇA, 2019, p.251).

Essa constatação, porém, abre espaço a outra discussão. Proporemos então práticas emancipadas e territorializadas de coletivos sociais, que poderiam melhor responder às demandas para com adolescentes ante a omissão do Estado. Essas poderiam incluir tanto os atores comunitários, quanto os adolescentes, enquanto participantes das decisões e da construção desses espaços, como família e o restante da comunidade. Já nos alertava Santos (1995) que, como toda forma de emancipação, dever-se-á a questões de cunho pessoal, social e cultural e não somente política ou legalista. E não vejo de outra forma intervirmos se não nas relações sociais.

Ao falar de uma democracia participativa, Santos (2002, p.71) nos diz que “emancipações sociais a partir de práticas que ocorrem em contextos específicos para dar resposta a problemas concretos”. Essas emancipações, segundo ele, ampliariam o experimentalismo. Quando bem-sucedidos, emergiriam então novas gramáticas sociais. Esta pluralidade, seja racial ou cultural, inclusive, pode dirimir práticas inclusivas e não excludentes. Estas poderiam encontrar iniciativas que pudessem integrar esses adolescentes e sua família, de forma que fossem condizentes com sua realidade, e não um modelo pasteurizado e sem sentido para a pluralidade territorial da população brasileira. Pensamos que, somente a partir do que Santos (2002) chama de democracia participativa, poderemos romper com o paradigma ao qual estão submetidos os adolescentes.

Concorda conosco Rego (2017), que propõe que as políticas públicas sejam construídas por jovens e não para jovens, possibilitando o amadurecimento e emancipação destes atores ante questões político-filosóficas e sua interpretação crítica. A coletividade, assim como a participação destes atores, é uma alternativa aos riscos e à individualização massiva.

Esta proposta, ao nosso ver, poderia então ter duplo benefício, visto que, primeiro, as políticas emergiriam das condições reais e territorializadas das comunidades, em detrimento à omissão do Estado. Em segundo lugar, poderiam envolver os atores, estes os adolescentes e familiares, a fim de que, ao participar se apropriassem e internalizassem constructos familiares e sociais integrando-os a coletivos sociais a qual possam ter sido destituídos.

O apresentado acima demonstra elementos correlatos a uma prática em favor da dominação gestonária nominada por Boltanski (2013), que tendem a utilizar-se do discurso da

saúde e responsabilizar individualmente os adolescentes e suas famílias por possíveis falhas das instituições, mesmo quando vimos que há uma omissão do Estado para tais políticas, como na individualização dos riscos proposta por Beck (2011).

Esperam-se políticas que deem conta dos riscos e que possam ter outras repercussões na socialização e vida mental desses adolescentes, propiciando espaços continentais e que consigam promover, inclusive, saúde mental para esses adolescentes.

A Lei talvez apresente uma função de fagocitar políticas já instituídas, sem que se acrescentem novas práticas ou olhares. Sugerimos, então, que através de uma democracia participativa possam emergir práticas territorializadas e que emanem dos adolescentes, famílias e comunidades. Com isso, também possam integrar socialmente esses adolescentes, ressignificando as questões trazidas por uma sociedade de riscos, como já descrevemos e observamos nas entrevistas.

Devemos também fazer um adendo ao Decreto Presidencial 10.225, que recém-sancionado no mês de fevereiro de 2020 “institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio”. No artigo 11, o Decreto reconhece o papel da sociedade nesse fenômeno ao:

- a) propor ações de fortalecimento do sistema de garantia de direitos da pessoa humana
- b) estimular os setores governamentais das gestões federal, estadual e municipal, e a sociedade civil, para atuar sobre os determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio (BRASIL, 2020)

Este decreto deve, se de fato efetivo, possibilitar melhores condições de pertencimento aos adolescentes. No entanto, pelos mesmos motivos já mencionados acima em relação à dominação gestonária, pode ter efeito contrário ao esperado, ou seja, prejudicial em relação à proteção social desempenhada pelo Estado.

## **CAPÍTULO 4: O Corpo como Território e a Pele como Fronteira**

O corpo tem, para cada uma das Ciências, um lugar e uma possibilidade de recorte metodológico. Para a Biologia, um corpo com um funcionamento fisiológico e bioquímico, para a Engenharia este pode ser um corpo de prova, para a Astronomia, um corpo celeste. Como vemos, em todas essas ciências temos em comum aspectos concretos, os quais provavelmente serão apreendidos através de características bioquímicas, massa, propriedades mecânicas e outras características díspares das quais nos proporemos a observar neste trabalho.

O corpo para as Ciências Humanas e Sociais assume para além de sua materialidade, uma função simbólica, assim como a pele, órgão que recobre todo o corpo. A pele também será apreendida através de sua função simbólica, para que possamos traçar paralelos entre território e fronteira. É possível dizer que os corpos são fronteiras dentre outros corpos? Poderíamos pensar em conjuntos contidos em outros territórios mais abrangentes, mas ainda determinado por esses? Ainda podemos pensar nesses corpos móveis, nos quais suas fronteiras podem ser o tempo todo traçadas e retraçadas?

É importante levarmos em conta que território, para além de nossa localização e relação material com o entorno são “constitutivos de nossa própria existência, tanto em sua dimensão físico-biológica (enquanto ‘corpos’ que para alguns seriam nosso ‘primeiro território’), quanto em sua dimensão simbólico-social” (HAESBAERT, 2012, p. 34). Esta afirmação nos ajuda a pensar em nossas duas primeiras proposições, já que tanto os corpos quanto o território existem na relação com outros territórios, como símbolos que perpassam o indivíduo e ganham dimensão social.

Como o próprio Haesbaert (2012) afirma, a territorialidade é peça fundamental na constituição da condição humana, seja ela um animal territorial ou multiterritorial quando está exposto a diversos territórios, e não apenas um palco ou espaço onde está inserido.

Nosso propósito neste capítulo é reutilizar de maneira própria, em nova territorialização, digamos assim, a correlação feita por Haesbart entre identidade e territorialidade para marcar formas de hibridização positivas e negativas, refletindo-as em conjunto com as análises do corpo adolescente como território e autoidentificação, a prática das escarificações e as correlações simbólicas desses atos como marcações de fronteira realizadas na pele. As análises levadas a cabo por Le Breton e Haesbart, mesmo que tenham origens teóricas distintas, iluminam, do ponto de vista simbólico e territorial, as descrições das práticas de autolesão que realizamos neste trabalho, e apontam para novas discussões dos resultados das nossas entrevistas mediante perspectivas interdisciplinares contemporâneas que poderiam

potencialmente problematizá-los e levá-los a aprofundamentos posteriores em trabalhos futuros. Continuamos, como se espera, propondo novas hibridizações para os novos problemas que enfrentamos em novos territórios.

### **1. O Corpo e a Pele**

Os corpos marcados, como se apresentam, seriam então uma das expressões da territorialidade nos diferentes atores sociais? Algumas marcas são mais evidentes, as mãos calejadas e a pele agredida pelo sol nos remetem a um trabalhador rural ou braçal. Em territórios onde os meios de vida contam com hábitos alimentares com dietas ricas em calorias e sedentarismo podemos ver uma maior prevalência de obesidade, assim como no inverso, a subnutrição. Essas marcas se fazem também no psiquismo, onde *a priori* ficam menos visíveis aos olhos, mas, como veremos durante o nosso percurso, essas podem tornar-se visíveis, mesmo que apenas para seus portadores, como parece ocorrer para a maioria daqueles que praticam a autolesão.

Essas marcas podem se realizar nos corpos daqueles que participam desses espaços e outros, fazendo com que cada corpo se torne único, enquanto a soma dos múltiplos territórios aos quais este corpo está inserido. Nos casos de meninos e meninas de rua, que têm alto índice de autolesão, a constante mudança de território deixa marcas como nos mostra Fragella (2000, p.211) ao narrar que se mostra “visível, nas práticas itinerantes de meninos e meninas, o vazio social e as marcas múltiplas de seu trajeto no espaço urbano. O corpo é um lócus enunciativo das práticas e das representações que o singularizam, mas que são mutáveis dentro desta territorialidade itinerante”. Seus trajetos diários traçam em seus corpos suas vivências, relações e representações.

A adolescência por si só já traz inúmeras mudanças. O próprio luto do corpo infantil, do não mais brincar como antes, dos novos tipos de relação, das mudanças físicas e hormonais. A própria ideia de corpo e seu desenvolvimento se dá em um momento no qual ocorre a mudança de um corpo de criança e posterior reconstrução em um corpo adulto e o território ao qual agora pertence. Em diferentes povos essas transformações são marcadas por rituais ou provações, que estabelecem um marco dessa passagem para a vida adulta, podendo ocorrer de forma simbólica ou no corpo como acontecem em alguns povos (LE BRETON, 2003).

Schmid (2019) traz em seu artigo sobre atendimento à refugiados em um centro de detenção uma importante incidência de autolesão entre esses refugiados. O próprio Le Breton

(2003) dedica um capítulo de seu livro *La Peau et La trace: Sur le blessures de soi* para discutir a autolesão entre pessoas em condição de encarceramento.

Cabe também ao corpo certa função de ser representante simbólico da identidade. O continente<sup>14</sup>, como utilizaremos de agora em diante, serve de fronteira entre a pessoa e o mundo, fronteira entre o Eu e o Outro, entre o privado e o público, assim por diante. Acreditamos que esta separação, no entanto, se dê pela pele.

Podemos, a partir de Anzieu (2000, p.26), que concorda que “um conteúdo não poderia existir sem relação a um continente” e que no nível psíquico elege a pele como representante da continência e a fronteira do Eu e o meio.

A pele também assume outras denotações, já pensando em suas representações populares, através de várias expressões linguísticas como “nervos à flor da pele”, quando os sentimentos quase se exteriorizam, “entrar ou sentir na pele de alguém” quando empaticamente experienciamos o mundo através dos sentidos do Outro. Já entrar na pele do personagem ou trocar de pele, relaciona a nova pele a outra identidade (ANZIEU, 2000, p.28). Le Breton (2010) ressalta mais uma função da pele, que talvez se torne a mais importante para nosso percurso, a qual concorda com Anzieu, afirmando que a pele:

Também exerce uma função de contenção, ou seja, de amortecimento das tensões que vêm de fora e de dentro. Fronteira que protege contra a agressão externa ou contra a tensão íntima, dá ao indivíduo a sensação dos limites de significado que o autorizam a sentir-se tomado por sua existência, ou à deriva do caos e da vulnerabilidade (LE BRETON, 2010, p.26).

Em relação à adolescência, para Le Breton (2010, p.26) “A pele participa intensamente no processo de separação-indivuação que caracteriza a passagem do Adolescente”, onde para essa passagem do adolescente rumo ao adulto,

é um sentir-se dolorosamente separado do meio familiar, e as mudanças em seu corpo obrigam-no também ao desprendimento de seu corpo infantil. Só alguns conseguem a descoberta de encontrar o lugar de si mesmo no seu corpo e no mundo, ser habitantes de seu corpo no seu mundo atual, real, e também adquirir a capacidade de utilizar seu corpo e seu lugar no mundo (ABERASTURY e KNOBEL, 1992, p.15).

O intenso processo daquilo que na adolescência vamos chamar de refazer as fronteiras, Le Breton explica que:

---

<sup>14</sup>Assumiu-se com o termo psicanalítico continente, a partir das traduções para o português do da palavra homônima *container* que também se refere ao termo cunhado por Wilfred Bion e utilizados também pelos autores David Le Breton e Didier Anzieu e que dá sentido à nossa explanação.

A relação com o mundo de todo homem é, portanto, uma questão de pele, e solidez ou não da função continente. Estar mal na sua pele implica às vezes a reformulação da superfície de si mesmo para fazer uma nova pele e encontrar-se melhor lá. Marcas de corpo são balizas identitárias, formas de inscrever limites na pele, e não apenas enquanto metáfora (LE BRETON, 2007 p. 123)<sup>15</sup>.

As marcas identitárias são assumidas no corpo, que também passa por mudanças, e a transição da infância a idade adulta se dá através de reformulações na vida, do contato, e das relações desses adolescentes.

A necessidade da criança de refazer as fronteiras do seu corpo e reposicioná-lo no corpo adulto remonta os séculos, já que a transição se dava a partir do momento que esta criança começava a trabalhar. Atualmente podemos pensar que com o advento do conceito de adolescência, esse processo fora alargado, e que a adolescência mantivesse o indivíduo num limbo daquele que não é mais criança e ainda não é adulto. Talvez sem a concepção de adolescência esse reposicionamento estivesse tão marcado? Proporemos uma discussão a seguir.

Como visto no capítulo anterior, retiraram o status de criança dos adolescentes, mas ainda sem uma certa possibilidade de emancipação destes perante a família e a sociedade. Esse processo que antes era baseado na entrada no mundo do trabalho, fica marcado pelos 6 anos estabelecidos por essa divisão, quando consideramos a adolescência daqueles indivíduos entre 12 e 18 anos. Esse limbo é decorrente de

Uma pluralidade de discursos desenha a adolescência contemporânea como um fenômeno complexo e contraditório e afirma nessa fase, e não mais tarde, uma premissa que concede o direito às eventuais transgressões de ordem juvenil. Porém, não é qualquer transgressão que desfruta dessa tolerância social. Apesar dos limites serem tênues há uma clara distinção que separa o tolerável do alarmante. Nessa relação existe sempre o risco em potência das fronteiras serem ultrapassadas e, dependendo para o lado que se vá, é possível que de lá não se volte. Esse temor repousa sobre a idéia de que uma suportável, e até mesmo desejada, transgressão “aborrescente” se transforme em uma transgressão “fora-de-controle”. Para evitar tal risco, é preciso aumentar a vigilância e fazer com que as fronteiras se inscrevam e se exponham nos corpos jovens (FRAGA, 2000, p.61).

---

<sup>15</sup> *Le rapport au monde de tout homme est ainsi une question de peau, et de solidité ou non de la fonction contenante. Etre mal dans sa peau implique parfois le remaniement de la surface de soi pour faire peau neuve et mieux s'y retrouver. Les marques corporelles sont des butées identitaires, des manières d'inscrire des limites à même la peau, et non plus seulement dans la métaphore*

Vemos então que a adolescência é marcada por delicados limites estabelecidos, que não estão inscritos em lugar algum, e, para se constituírem, essas fronteiras, como mostrado por Fraga, são inscritas nos corpos desses adolescentes.

## 2. Refazer as Fronteiras

Para desenhar nosso caminho a partir daqui, partiremos do pressuposto de que as autolesões entre adolescentes surgem nas lacunas da constituição das fronteiras, que como vimos é tema sensível na adolescência. A individualização, a falta de pertencimento ou limites são fatores que têm relevante importância para a constituição do Eu. Estes fatores têm influências específicas quando pensamos na adolescência.

Fortes e Kother Macedo (2017) traduzem que no caso da autolesão, existe a descarga direta de uma tensão insuportável, tendo como alvo o corpo, na medida em que não se encontrou uma via possível ou uma mediação de uma pressão interna ou externa que pudesse traduzir em palavras a dor psíquica. A autolesão estaria na fronteira da mediação, no sofrimento resultante da incapacidade em interceder às pressões, tanto internas quanto externas, onde a pele se torna representante e modulador desta interação.

A linguagem que estrutura o psiquismo tem papel importante no alívio dessas tensões, pois pode ser uma via de ressignificação desse sofrimento, ou mesmo de catarse. Le Breton (2010, p.27) corrobora com essa aceção ao escrever que “onde as palavras falham, o corpo fala, não para se perder, mas para encontrar marcas, restaurar uma fronteira coerente e propícia em relação ao mundo exterior.” Isto ocorre ainda segundo ele pois

O sujeito experimenta uma intrusão mortal, ele vive um colapso de significado, a implantação de um afeto que parece sem fim; ele se joga contra seu corpo para inscrever um limite na pele [...] Quando o sofrimento submerge, os limites colapsam entre o eu e o eu, entre o interior e o exterior, entre o sentimento de presença e as emoções que surgem. Salvação é enfrentar mundo, procurando um continente. A ferida se esforça para quebrar a dissolução, ela testemunha a tentar reconstruir a ligação interior-exterior através da manipulação nos limites de si mesmo. Ela é uma restauração temporária do envelope narcísico<sup>16</sup> (LE BRETON, 2007, p.124).

---

<sup>16</sup> *Le sujet éprouve une intrusion mortifère, il vit un effondrement du sens, le déploiement d'un affect qui paraît sans fin; il se jette contre son corps pour inscrire une limite sur la peau [...] Quand la souffrance submerge, les limites s'effondrent entre soi et soi, entre le dehors et le dedans, entre le sentiment de la présence et les affects qui déferlent. Le salut est de se heurter au monde, en quête d'un contenant. La blessure s'efforce de rompre la dissolution, elle témoigne de la tentative de reconstituer le lien intérieur-extérieur à travers une manipulation sur les limites de soi. Elle est une restauration provisoire de l'enveloppe narcissique*

Quando esse indivíduo passa a inscrever na pele esse colapso de significado, existe aí sua intervenção no mundo. Este adolescente “em vez de ser vítima, ele se torna o ator” (LE BRETON, 2010, p.30). Estaria aí um sentido político da autolesão do adolescente: a retomada de seu corpo e o estabelecimento das fronteiras, que quando não se pode fazer de outra maneira, seja simbólica ou construída nas relações, se faz de uma maneira menos elaborada psiquicamente, modificando a pele, sua fronteira mais concreta. Quando “a pele não é mais o limite favorável da regulação das trocas de significado, a dor e o traço cutâneo refazem os contornos de si, renovam uma fronteira sempre para tomar novamente entre o exterior e o interior” (LE BRETON, 2003, p.27)<sup>17</sup>.

Essa forma menos elaborada traz sofrimento e não deve ser vista exclusivamente através do paradigma saúde-doença ou de sua prevalência ou descrição psicopatológica, mas a autolesão entre adolescentes, enquanto uma conduta radical que são:

“Patológicos, isto é, no sentido de pathos, do sofrimento e do fato que as formas de se opor a isso são (antropo) lógicas. Eles estão no mesmo movimento uma resistência contra uma violência silenciada que está a montante em uma configuração relacional ou social<sup>18</sup>” (LE BRETON, 2007, p.128).

Ele ainda completa que, mesmo se tomarmos como evidência tanto o caráter antropológico, quanto patológico, como um processo natural e transitório que o adolescente possa submeter-se, não significa que o adolescente se deva autolesionar. Como já discutimos acima, dever-se-ia propor estratégias que possibilitassem que os adolescentes, de maneira geral, pudessem lidar de forma simbólica e mais elaborada com aquilo que Bion (1991) chama de pensamento com seu sofrimento, que se estabelece na fronteira entre o Eu e o Outro, o interno e o externo, sem que se precise recorrer à dor, a forma mais concreta e primitiva de sofrimento.

Talvez este seja o desafio àqueles que estão em contato com os adolescentes que praticam a autolesão. A tarefa deles é auxiliar os adolescentes a:

Reconstruir limites, refazer fronteiras, reconhecer territórios habitáveis e onde se possa viver - limites, fronteiras que ao mesmo tempo instituem diferenças e permitam

---

<sup>17</sup> *La peau n'est plus la frontière propice de régulation des échanges de sens. La douleur et la trace cutanée refondent les contours de soi, renouent une frontière toujours à reprendre entre le dehors et le dedans*

<sup>18</sup> *Patho-logique c'est au sens du pathos, de la souffrance, et du fait que les manières de s'y opposer sont (anthropo) logiques. Elles constituent dans le même mouvement une résistance contre une violence plus sourde qui se situe en amont dans une configuration relationnelle ou sociale*

mudanças entre as regiões (do psiquismo, do saber, da sociedade, da humanidade) assim delimitadas (ANZIEU, 2000, p.23).

Acreditamos que este seja o papel de refazer as fronteiras do corpo adolescente em busca do desenvolvimento em direção à idade adulta.

Para determinados profissionais, as autolesões, segundo Le Breton (2007, p.128),

levantam questões importantes para os profissionais de saúde. São jovens em busca de adultos, dando-lhes o gosto de viver. Daí a necessidade, se possível, de cuidados em termos de apoio ou psicoterapia, presença, conselho ou simplesmente de amizade<sup>19</sup>.

Acreditamos, no entanto, que as intervenções não devam ocorrer apenas por profissionais da saúde. No próprio excerto supracitado, se mostram também importantes cuidados a presença, ou mesmo a amizade. Cuidados esses que têm seu terreno fértil no território onde vivem os adolescentes, onde pode-se gerar a sensação de pertencimento, de reconhecimento e identidade.

Visto que nosso percurso se deu pela constatação de inúmeras escalas da territorialidade onde estão inseridos esses adolescentes, assim como seu processo de refazer as fronteiras do corpo de criança e em detrimento das novas fronteiras do corpo adulto e, em alguns casos, se deram de forma concreta na pele, como já discutido.

Percebemos a importância de se discutir o tema da autolesão, que tem se mostrado uma prática bastante prevalente entre os adolescentes na atualidade, por conta de um avanço no número de casos de autolesões por uma etiologia multifatorial, que perpassa por questões de saúde, sociais e familiares marcadas pela contemporaneidade e seus desdobramentos, assim como demonstramos o papel da territorialidade e das fronteiras na criação da identidade e relações entre esses adolescentes.

Devemos considerar práticas para além das curativas, como a presença de bons continentes e pertencimento como forma de cuidado para esses adolescentes, de forma preventiva, para que esses, mesmo na presença de um sofrimento esperado do adollescere, não precisem se cortar.

---

<sup>19</sup> *Soulèvent des questions lourdes de sens pour les professionnels de la santé. Ce sont des jeunes en quête d'adultes leur donnant le goût de vivre. D'où la nécessité, si possible, d'une prise en charge en termes d'accompagnement ou de psychothérapie, de présence, de conseils, voire simplement d'amitié*

## **CAPÍTULO 5: Considerações Finais**

Percebemos a pertinência do tema a que se propôs esse trabalho na contemporaneidade, quer seja por conta de um avanço no número de casos de autolesões entre adolescentes, quer pela incidência das novas e múltiplas relações familiares do presente, onde nos deparamos mais com o que chamamos de clínica do vazio, em detrimento ao modelo *standard* da clínica dos primórdios da psicanálise.

Este trabalho então teve como objetivo trazer luz sobre o tema das autolesões, de forma especial em adolescentes, não se limitando ao sintoma, mas, além de tentar trazer um panorama geral do que já se estudou sobre o assunto, buscar um arcabouço teórico sobre sua etiologia, estrutura de personalidade relacionada, assim como possíveis comorbidades.

Nos propusemos nesse intento com o auxílio de entrevistas a usuários atendidos no serviço público de saúde de uma pequena cidade do interior de São Paulo, e que a partir da interpretação minuciosa de alguns pontos chave relacionados a autolesão e a partes mais primitivas ou psicóticas da mente.

Como objetivo geral, buscamos compreender como a autolesão se manifesta entre as adolescentes entrevistadas. Elas podem se manifestar sem outras questões de saúde mental envolvidas, assim como concomitantemente a isolamento, perdas e principalmente ansiedade.

Já como objetivos específicos, buscamos primeiramente discutir a participação da família e da sociedade atual na autolesão entre as adolescentes entrevistados. Estas se demonstraram pouco continentas na opinião dos participantes e a falta de políticas públicas para adolescentes pode ter intensificado o fenômeno.

Nos propomos também a discutir os fatores que levaram essas adolescentes à prática da autolesão ou que diminuíram sua prática. Os temas que surgiram acerca do que levaram à prática da autolesão foram abuso sexual, relacionamentos, internet, alívio, bullying e maus tratos, entre outros. Já o que diminuiu a sua prática foram as amizades e o amadurecimento decorrente de relações mais saudáveis.

A partir do nosso percurso trilhado, esperamos ter realizado um breve comparativo entre alguns termos psicanalíticos como alexitimia, pensamento operatório, mentalização. Do mesmo modo, analisamos trabalhos recentes sobre o tema e traçamos uma correlação direta com uma perspectiva teórica bioniana, em especial, os estudos sobre a parte psicótica e não psicótica da

personalidade, a construção da função alfa em detrimento dos elementos beta, que não puderam ser simbolizados, e uma teoria do pensamento.

Com base na nossa revisão bibliográfica, começamos a tecer uma interpretação possível das entrevistas. Tentamos demonstrar como as autolesões estariam ligadas a partes mais primitivas da personalidade, onde não imperavam ainda uma capacidade de pensamento ou simbolização das angústias.

As entrevistas foram utilizadas enquanto material de um acervo vivo e presente.

Percebemos que, para dar conta da demanda desses adolescentes, o CAPS deve não somente lançar mão apenas de terapias individuais ou grupais, mas de sua função de matriciamento, principalmente nos espaços ocupados pelos adolescentes. Em especial, a escola, que é um importante espaço e convivência desses adolescentes, espaço este que seria uma possibilidade de continência.

Como vimos, o território também pode ser continente quando passa a ter a possibilidade de pertença desses adolescentes ao território que o circunscreve, e se dá em um momento no qual ocorre a mudança de um corpo de criança e posterior reconstrução em um corpo adulto levando em consideração o território ao qual agora pertence.

O avanço no número de casos de autolesões se dá por uma etiologia multifatorial, que perpassa por questões de saúde, sociais e familiares marcadas pela contemporaneidade e seus desdobramentos, assim como demonstramos o papel tanto da territorialidade quanto o corpo como território na criação de fronteiras de identidade e relações entre esses adolescentes.

A pele tem papel fundamental quando pensamos o corpo como território, que é de delimitar a individualidade e garantir a separação do corpo adolescente em direção a constituição do adulto.

Isso se dá a partir da emancipação destes adolescentes em um contexto em que as políticas públicas devem ter a possibilidade de também emergirem desses adolescentes, para que possam ter um lugar na sociedade, em detrimento ao “limbo” que a adolescência fica estabelecida entre a infância e a idade adulta

No entanto, para além dos nossos objetivos propostos, percebemos que estudos posteriores se fazem necessários acerca da possibilidade de que casos de autolesões precisam ser pensados a partir de uma questão de gênero, raça e condição econômica, uma vez que estes foram os limites desta pesquisa. Deve-se pensar também na função paterna desempenhada pelos

pais daqueles que praticam a autolesão, visto que este também tem importante função na constituição do psiquismo desses adolescentes, como pudemos observar nesta pequena amostra.

## Referências bibliográficas

- ABERASTURY A, KNOBEL M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- ALVES, C. et al. Adolescência e maioridade penal: reflexões a partir da psicologia e do direito. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 67-83, jun. 2009
- ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- ARAGÃO NETO, C. H. **Autolesão sem intenção suicida e sua relação com ideação suicida**. 2019. 174 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Brasília, 2019
- BAHIA, C. A. et al . Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 2841-2850, Set. 2017.
- BARBOSA, V. S. A prática de autolesão em jovens: Uma dor a ser analisada. (Dissertação de mestrado). Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil. 2017
- BECK, U. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**. Editora 34, 2011
- BERGER E, HASKING P, MARTIN G. Adolescents' perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. **Youth Society** 2017.
- BION, W. R. (1991). **O aprender com a experiência**. (P. C. D. Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1962).
- \_\_\_\_\_, W. R. (1994). **Estudos Psicanalíticos Revisados** (Second Thoughts, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967).
- BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Brasília, 26 de abril de 2019.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília, 5 de fevereiro de 2020.
- BOLTANSKI, L. Sociologia da crítica, instituições e no novo modo de dominação gestonária. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v.3 n.6 p.441-463, dez. 2013
- CARMO, C. S. B. Do. **As narrativas de adolescentes sobre os seus comportamentos autolesivos**. Dissertação de Mestrado. ISPA. 2018
- CARMO, J. de S. et al Autolesão não suicida na adolescência como fator de predisposição ao suicídio. **Saúde Ética & Justiça**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 3-9, 2020. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v25i1p3-9.
- CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 64-79, dez. 2000.
- COSTA, L. C. R.; et al. Autolesão não suicida e contexto escolar: perspectivas de adolescentes e profissionais da educação. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 39-48, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168295.

- DE OLIVEIRA, M. L. C. et al. Comportamentos autolesivos, ajuste psicológico e relações familiares em adolescentes da região amazônica no Brasil. **Análisis y modificación de conducta**, v. 46, n. 173, p. 43-55, 2020.
- DETTMER, S.E.S. **Cutting: uma caracterização do fenômeno em escolas de Dourados (MS)**. 2018, 132 f. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em psicologia. Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados MS, 2018.
- DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
- ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.06 de 13 de julho 1990
- FERNANDES, H. R. Um século à espera de regras. **Tempo Social**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 71-83, 1996.
- FOGAÇA, V.H.B. **Entre tabus e rupturas: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2019.
- FORTES, I; KOTHER MACEDO, M. M. Automutilação na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, Barranquilla, v.20, n. 38, p. 353-367, Dec. 2017.
- FRAGA, A. B. **Corpo, identidade e bom-mocismo: cotidiano de uma adolescência bem-comportada**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- FREUD, S. (1996a). Projeto para uma Psicologia Científica. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- \_\_\_\_\_, S. (1996b). Estudos sobre histeria. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- \_\_\_\_\_, S. (1996c) Sobre o Narcisismo: uma introdução. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- GIUSTI J. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. 2013
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.67-80.
- GONÇALVES, J. N.; SILVA, E. P. Q. Automutilação, Gênero, Sexualidade e Escola. In Ribeiro, P. R.C., Magalhães, J.C. (Org.). **Debates contemporâneos sobre Educação para a sexualidade**. Rio Grande: Ed. FURG, 2017. 284 p.
- HAESBAERT, R. Hibridismo cultural, "antropofagia" identitária e transterritorialidade". In: BARTHE-DELOIZY, Francine; SERPA, Angelo (Orgs.) **Visões do Brasil: estudos culturais em geografia**. Salvador; Edufba; Paris: L'Harmattan, 2012. p.27- 46.
- HENRIQUES, R.L.S.P. A automutilação nas políticas públicas de saúde mental: um olhar através do biopoder e sociedade disciplinar foucaultiana. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 3, n. 6, jul./dez. 2018 – ISSN 2448-0738
- HILL, K.; DALLOS, R. (2011). Young people's stories of self-harm: A narrative study. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 17(3), 459-475.

- HOUSE, A. Social media, self-harm and suicide. **BJPsych bulletin**, v. 44, n. 4, p. 131-133, 2020.
- ISKRIC, A. et al. Alexithymia and Self-Harm: A review of Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. **Psychiatry Research**, p. 112920, 2020.
- KLONSKY, E D; MUEHLENKAMP, J J. Self-injury: a research review for the practitioner. **Journal of Clinical Psychology/In Session** 63,1045–1056. 2007
- KUEHN, B M. Rising emergency department visits for suicidal ideation and self-harm. **Jama**, v. 323, n. 10, p. 917-917, 2020.
- LAPLANCE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 4 eds. 2001
- LAYE-GINDHU A; SCHONERT-REICHL K.A. Nonsuicidal self- harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. **J Youth Adolescence**. 2005; 34:447-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- LE BRETON, D., **La Peau et la Trace**. Sur les Blessures de Soi, Paris, Métailié. 2003
- \_\_\_\_\_, D. Anthropologie des conduites a risque et scarifications a l’adolescence. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 120-131, dez. 2007.
- \_\_\_\_\_, D. **Conduitas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver**, Campinas, SP: Autores Associados, 2009. (Coleção Educação Física e Esportes)
- \_\_\_\_\_, D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 25-40, 2010.
- LEV-WIESEL R, ZOHAR G. The role of dissociation in self-injurious behavior among female adolescents who were sexually abused. **J Child Sexual Abuse**, 2014.
- LEVY, R. Adolescência, psicossomática e psicanálise. **Revista de Psicanálise da SPPA**, 22, dez. 2015.
- LIMA, E. *Noção de cura em Bion: contribuições à clínica psicanalítica*. **Revista de Psicanálise da SPPA**, 21, abr. 2014.
- MEIRELES, M. M. **Anomia**. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2001
- MENDES, J. Ulrich Beck: a imanência do social e a sociedade do risco. **Análise Social**, 2015
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec., 2013
- MOREIRA, É. S.et al. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3945-3954, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8a ed. São Paulo: EDUSP; 2000
- PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.
- PERES, R.; CAROPRESO, F.; SIMANKE, R. A noção de representação em psicanálise: Da metapsicologia à psicossomática. **Psicologia Clínica**, 27(1), 161-174; 2015

- REGO, N. R. P. A juventude como um caleidoscópio e a política nacional de juventude: um constante desafio. **Revista Juventude e Políticas Públicas**, Brasília, v.1, n. 2, p. 150-156, 2017.
- ROUDINESCO E; PLON M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
- SANT'ANA, I. M. Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 11, n. 1, p. 120-138, jun. 2019.
- SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 1995.
- SANTOS, B. de S. (Org.) **Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002
- SCHMID, P. C. Saúde mental e restrição de liberdade: relato de experiência como médica psiquiatra em centro de detenção de refugiados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 626-635, abr. 2019.
- SGANZERLA, I. M.; LEVANDOWSKI, D. C. Ausência paterna e suas repercussões para o adolescente: análise da literatura. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 295-309, ago. 2010.
- SILVA, K. C. V. Autolesão e intenção suicida em adolescentes de uma escola pública do interior do RS: fatores de risco e de proteção. 2020. UFSM. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Disponível em <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/20107>>.
- SIMIONI A.R. **Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna**. UFRGS. Dissertação de Mestrado. 2017.
- TORTORELLI, M.F.P., CARREIRO, L.R.R., ARAÚJO, M.V. Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo. **Psicologia Teoria e Prática**, 12(1), 32-42; 2010.
- VIEGAS, P. C. (2009). **A capacidade de mentalização em pré-adolescentes que vivenciaram o divórcio altamente conflitivo dos pais**. São Leopoldo: UNISINOS. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009.
- VILAS BOAS, L. M. **Cartografia da dor na escarificação do corpo adolescente: sobre identificação e fantasia**. 2017. 224 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017
- WALSH, B. W. (2006). **Treating self-injury: A practical guide**. New York: Guilford Press.
- WESTPHAL, V. H. A individualização em Ulrich Beck: análise da sociedade contemporânea (Individualization in Ulrich Beck: an analysis of contemporary society. **Emancipação**, v. 10, n. 2, 2010.
- WOLFF, A. C.; CARVALHO, C. V.; COSTA, P. J. (2012). A psicose do cotidiano: algumas contribuições de W. R. Bion para pensar a clínica contemporânea. **Anais V CIPSI – Congresso Internacional de Psicologia**. Maringá.
- XAVIER, A; CUNHA, M; PINTO-GOUVEIA, J. The indirect effect of early experiences on deliberate self-harm in adolescence: Mediation by negative emotional states and moderation by daily peer hassles. **J Child Family Studies**, 2016.
- ZIMERMAN, D. E. (1999). **Fundamentos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed.

- \_\_\_\_\_, D. E. (2001). **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed.
- \_\_\_\_\_, D. E. (2004). **Bion da teoria à prática: uma leitura didática**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed.

## APÊNDICE I – Dados Pessoais e Roteiro de Entrevista

1. Entrevista nº \_\_\_\_\_.
2. Local \_\_\_\_\_.
3. Cidade e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
4. Início: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ min. Término: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ min. Duração total: \_\_\_\_\_ minutos
5. Entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_.

### Dados de identificação pessoal do(a) entrevistado(a):

1. Nome completo: \_\_\_\_\_
2. Endereço: \_\_\_\_\_
3. Sexo/gênero: \_\_\_\_\_
4. Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
5. Naturalidade \_\_\_\_\_
6. Grau de escolaridade \_\_\_\_\_
7. Membros da Família \_\_\_\_\_
8. Com quem mora: \_\_\_\_\_.
9. Profissão / ocupação: \_\_\_\_\_
10. Atividades de lazer e hobbies: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Denominação religiosa do entrevistado e de sua família \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENTREVISTA (INSTRUMENTO PRINCIPAL)**

1. O que fez você ou sua família procurar o CAPS?
2. Como é seu relacionamento com sua família? E com os amigos?
3. Fale para nós, o que significa para você os cortes? E para sua família? E pessoas com quem convive?
4. Você conhece ou conheceu outras pessoas que se cortam? Fale o que pensou em seu primeiro contato com ela?
5. Fale para nós, quais os pensamentos e/ou emoções que passavam na sua cabeça no momento dos cortes?
6. Você tem/tinha alguém para falar disso? Como era ou deveria ser essa pessoa? Como era falar sobre esses pensamentos e/ou emoções?
7. E com seus pais? Como é falar sobre seus pensamentos e emoções?
8. Enfim, de noite quando põe a cabeça no travesseiro, que outras imaginações vêm à sua mente sobre tudo isso que conversamos?
9. Para terminar, gostaria de contar mais alguma coisa além de tudo que conversamos?

## APÊNDICE II – Autorização para Coleta de Dados

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CAAE: 24856519.9.0000.5404

**Pesquisa:** Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesões sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo

**Pesquisadores:** Rafael Morais Piccinin e Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida (orientador)

Seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar os direitos e deveres do seu filho (a) como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

O presente estudo tem como objetivo compreender como a autolesão se manifesta entre os adolescentes entrevistados. A justificativa desse estudo ocorre, pois, as concepções de família e sociedade de adolescentes pode se fazer útil na compreensão do fenômeno das autolesões, pois dentre as causas já delimitadas por inúmeros autores tem sua gênese nas relações familiares, sociais e questões intrapsíquicas que são constituídas por essas mesmas relações. Esperamos com isso, propor modelos de apoio e/ou substitutivos para o aporte das angústias desses adolescentes.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo seu filho (a) está sendo convidado (a) a responder a questões que o pesquisador levantará. Serão gravadas em áudio e o pesquisador também irá anotar, num caderno, considerações adicionais que julgar pertinentes. Pela nossa experiência as entrevistas costumam durar cerca de uma hora. Finalizada a entrevista, o pesquisador transcreverá as gravações que serão apagadas ao final da pesquisa prevista para o ano de 2021. A somatória das entrevistas que ele realizará formarão seu material de estudo para posterior análise e compreensão científica. Recortes de fala serão discutidos no grupo de pesquisa com

pesquisadores da universidade igualmente submetidos ao sigilo profissional, além disso, outros trechos de entrevista sem identificação de fala e com sentidos genéricos poderão ser levados em congressos e em publicações de revistas científicas.

**Desconfortos e riscos:**

Seu filho (a) **não** precisa participar deste estudo se caso se sinta prejudicado (a) por qualquer razão. Você ou seu filho (a) tem o direito de interromper a entrevista em qualquer momento que julgar necessário; tendo o direito de interromper a qualquer momento.

Por ser entrevista psicológica é compreensível que poderá haver em seu transcurso o surgimento de emoções próprias. O pesquisador é psicólogo e treinado para ouvi-las e tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção à sua saúde em caso de eventual necessidade. Caso necessário alguma intervenção para além das que podem ser feitas pelo pesquisador, poderá ser atendido pela própria equipe do serviço do CAPS I que conta com equipe multidisciplinar em saúde mental, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeutas ocupacionais, enfermeiro e técnicos de enfermagem no próprio serviço onde será feita a entrevista e na qual o paciente já é referenciado. Caso as intervenções no CAPS I ainda sejam insuficientes, visto que é um equipamento especializado no atendimento das possíveis demandas que podem decorrer da entrevista, por conta do fluxo próprio do CAPS I, poder-se-á fazer encaminhamentos a serviços de maior complexidade já pactuados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município como a Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPAM) ou Hospitais Gerais da região.

**Benefícios:**

Esta entrevista poderá trazer algum benefício direto no melhor entendimento das demandas humanas às quais a assistência profissional em saúde é exposta, decorrente da oportunidade de poder conversar sobre tais questões. Futuramente, deverá haver melhora na forma com a qual os profissionais de saúde podem propor terapêuticas para aqueles adolescentes que praticam autolesões.

**Acompanhamento e assistência:**

Caso haja a necessidade de uma intervenção emocional, o pesquisador que fará esta entrevista tem condições e conhecimento para o seu encaminhamento, assim como por ser psicólogo, o pesquisador poderá fazer uma intervenção breve caso se fizer necessário.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade e de seu filho (a) será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de

pesquisadores do citado grupo. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome nem de seu filho (a) não será citado. Este estudo não será registrado em prontuários de qualquer natureza.

**Ressarcimento:**

De acordo com o Código Civil (art. 927), é assegurado aos participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no TCLE, têm direito à indenização, por parte do pesquisador. As entrevistas acontecerão em recinto privativo dentro da unidade do CAPS que faz parte dessa pesquisa, no dia em que o entrevistado (a) comumente estiver utilizando o serviço, portanto não haverá necessidade de ressarcimento aos indivíduos entrevistados, tais como transporte, alimentação ou ajudas de custo.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Rafael Morais Piccinin e Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida, no Departamento Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais da Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP, telefone (19) 3701-6655 e (19) 98271-3296 (pesquisador).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito que meu filho (a) participe:

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do (a) responsável legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante.

Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**(Assinatura do pesquisador)**

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) para o (a)  
adolescente (maiores de 12 anos e menores de 16 anos)  
CAAE: 24856519.9.0000.5404**

**Pesquisa:** Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesão sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo

**Pesquisadores:** Rafael Morais Piccinin e Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida (orientador)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesão sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo”. Seus pais ou responsáveis deixaram você participar.

Queremos saber como você entende sua relação com seus pais ou quem cuida de você, amigos e pessoas que você encontra sempre e se isso pode ou não melhorar ou piorar sua saúde e sua vontade de se cortar.

Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 12 a 18 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no CAPS, onde os adolescentes irão responder a perguntas que o pesquisador vai fazer, de forma tranquila e sem julgamento. Para isso, serão gravadas em áudio e o pesquisador também irá anotar, num caderno, considerações que achar importantes. O uso das gravações e do caderno é considerado seguro e as gravações serão apagadas ao final da pesquisa prevista para o ano de 2021. Por ser uma entrevista psicológica a gente entende que poderá ter momentos que possa ficar emocionado (a). Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (19) 3701-6655 e (19) 98271-3296 do pesquisador Rafael Morais Piccinin

Mas há coisas boas que podem acontecer, como pensar em outras formas de olhar para suas dificuldades, se conhecer melhor, além de ajudar para que outros profissionais possam ajudar adolescentes com dificuldades parecidas com as suas.

Como faremos as entrevistas no CAPS, onde você já costuma frequentar e conhece a equipe, não precisaremos fazer com que você e seus pais ou responsáveis precisem ir em dia ou horário diferente de seu atendimento. Com isso você e nem seus pais não terão gasto algum para participar desta pesquisa.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Quando terminar a pesquisa os resultados serão encaminhados para publicação em revistas científicas, e possam auxiliar outros profissionais ajudar adolescentes, mantendo como já disse, o sigilo dos dados e sem que ninguém possa saber que você participou da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto.

---

### **CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “*Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesão sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo*”.

Entendi os coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) para o (a)  
adolescente (maiores de 16 anos e menores de 18 anos)  
CAAE: 24856519.9.0000.5404**

**Pesquisa:** Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesão sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo

**Pesquisadores:** Rafael Morais Piccinin e Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida (orientador)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesão sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo”. Seus pais ou responsáveis permitiram que você participasse.

Queremos saber como você entende sua relação com seus pais ou responsáveis, amigos e pessoas do seu convívio e se isso pode ou não afetar sua saúde e bem-estar, aumentando ou diminuindo sua disposição a praticar cortes na pele.

Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 12 a 18 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no/a CAPS, onde os adolescentes irão responder a questões que o pesquisador levantará, de forma tranquila e sem julgamento. Para isso, serão gravadas em áudio e o pesquisador também irá anotar, num caderno, considerações que achar importantes. O uso das gravações e do caderno é considerado seguro e as gravações serão apagadas ao final da pesquisa. Por ser uma entrevista psicológica entendemos que poderá ter momentos que possa ficar emocionado (a). Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones (19) 3701-6655 e (19) 98271-3296 do pesquisador Rafael Morais Piccinin

Mas há coisas boas que podem acontecer como pensar em outras formas de olhar para suas dificuldades, se conhecer melhor, além de contribuir para que outros profissionais possam ajudar adolescentes com dificuldades parecidas com as suas.

Como faremos as entrevistas no CAPS, onde você já costuma vir e conhece a equipe, não precisaremos fazer com que você e seus pais ou responsáveis precisem ir em dia ou horário diferente de seu atendimento. Com isso você e nem seus pais não terão gasto algum para participar desta pesquisa.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem aparecer o nome ou qualquer coisa que identifique os adolescentes que participaram.

Quando terminar a pesquisa os resultados serão encaminhados para publicação em revistas científicas, e possam auxiliar outros profissionais ajudar adolescentes, mantendo como já disse, o sigilo das suas informações e sem que ninguém possa saber que você participou da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto.

---

### **CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “*Sentidos de família e sociedade de adolescentes que praticam autolesão sem ideação suicida de um município de pequeno porte no interior de São Paulo*”.

Entendi os aspectos ruins e os bons que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**ANEXO I – Lei 13.819/2019****Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019**

Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, pelos Estados, pelos Municípios e pelo Distrito Federal.

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.

Parágrafo único. A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.

Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

I – promover a saúde mental;

II – prevenir a violência autoprovocada;

III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;

IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;

VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;

VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Art. 4º O poder público manterá serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico.

§ 1º Deverão ser adotadas outras formas de comunicação, além da prevista no caput deste artigo, que facilitem o contato, observados os meios mais utilizados pela população.

§ 2º Os atendentes do serviço previsto no caput deste artigo deverão ter qualificação adequada, na forma de regulamento.

§ 3º O serviço previsto no caput deste artigo deverá ter ampla divulgação em estabelecimentos com alto fluxo de pessoas, assim como por meio de campanhas publicitárias.

Art. 5º O poder público poderá celebrar parcerias com empresas provedoras de conteúdo digital, mecanismos de pesquisa da internet, gerenciadores de mídias sociais, entre outros, para a divulgação dos serviços de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico.

Art. 6º Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos:

I – estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias;

II – estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência autoprovocada:

I – o suicídio consumado;

II – a tentativa de suicídio;

III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.

§ 2º Nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber a notificação de que trata o inciso I do caput deste artigo, nos termos de regulamento.

§ 3º A notificação compulsória prevista no caput deste artigo tem caráter sigiloso, e as autoridades que a tenham recebido ficam obrigadas a manter o sigilo.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde públicos e privados previstos no inciso I do caput deste artigo deverão informar e treinar os profissionais que atendem pacientes em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei.

§ 5º Os estabelecimentos de ensino públicos e privados de que trata o inciso II do caput deste artigo deverão informar e treinar os profissionais que trabalham em seu recinto quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos nesta Lei.

§ 6º Regulamento disciplinará a forma de comunicação entre o conselho tutelar e a autoridade sanitária, de forma a integrar suas ações nessa área.

Art. 7º Nos casos que envolverem investigação de suspeita de suicídio, a autoridade competente deverá comunicar à autoridade sanitária a conclusão do inquérito policial que apurou as circunstâncias da morte.

Art. 8º (VETADO).

Art. 9º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 10. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 10-C:

“Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do caput e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio.”

Art. 11. Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 26 de abril de 2019; 198º da Independência e 131º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO

*Sérgio Moro*

*Abraham Bragança de Vasconcellos Weintraub*

*Luiz Henrique Mandetta*

*Damara Regina Alves*

*André Luiz de Almeida Mendonça*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.4.2019

**ANEXO II –Decreto 10.225/2020****Presidência da República  
Secretaria-Geral  
Subchefia para Assuntos Jurídicos****DECRETO Nº 10.225, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2020**

Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput**, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019,

**DECRETA:**

Art. 1º Este Decreto institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

**CAPÍTULO I****DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO**

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Parágrafo único. O Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é órgão de assessoramento com caráter consultivo, destinado a implementar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e a promover o fortalecimento de estratégias permanentes de educação e saúde, em especial quanto às formas de comunicação, prevenção e cuidado.

Art. 3º Compete ao Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

I - articular, planejar e propor estratégias de implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio com fundamento na cooperação e na colaboração entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal e organizações da sociedade civil;

II - monitorar a implementação e a execução da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;

III - propor ações de prevenção sobre a situação epidemiológica da automutilação e do suicídio;

IV - contribuir para o aprimoramento da informação e do conhecimento do fenômeno da automutilação, da tentativa e do suicídio consumado, incluídos as suas causas, os determinantes sociais e os fatores de risco associados; e

V - propor e disseminar, de forma integrada, campanhas de comunicação social para prevenção da automutilação e do suicídio em suas diferentes dimensões; e

VI - elaborar o seu regimento interno.

Parágrafo único. O regimento interno do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio deverá ser elaborado no prazo de sessenta dias, contado da data de instalação do Comitê Gestor.

Art. 4º O Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é composto por representantes dos seguintes órgãos:

- I - um do Ministério da Saúde, que o coordenará;
- II - um do Ministério da Educação;
- III - um do Ministério da Cidadania; e
- IV - um do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

§ 1º Cada membro do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e seus impedimentos.

§ 2º Os membros do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e respectivos suplentes serão indicados pelos titulares dos órgãos que representam e designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 3º Serão convidados para participar das reuniões, sem direito a voto, representantes dos seguintes Conselhos:

- I - Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
- II - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;
- III - Conselho Nacional de Assistência Social;
- IV - Conselho Nacional de Secretários de Educação; e
- V - União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação.

§ 4º A indicação dos membros a que se referem os incisos I ao IV do **caput** deverá ser feita ao Ministro de Estado da Saúde no prazo de dez dias, contado da data de publicação deste Decreto.

Art. 5º O Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio se reunirá, em caráter ordinário, trimestralmente e, em caráter extraordinário, sempre que convocado por seu Coordenador.

§ 1º O quórum de reunião do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é de maioria simples dos membros e o quórum de aprovação é de consenso entre os membros.

§ 2º Além do voto ordinário, o Coordenador do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio terá o voto de qualidade em caso de empate.

§ 3º O Comitê Gestor poderá convidar especialistas ou representantes de órgãos ou entidades públicas ou privadas, para acompanhar ou participar de suas reuniões, sem direito a voto.

§ 4º Os membros do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente e os membros que se encontrem em outros entes federativos participarão da reunião por meio de videoconferência.

Art. 6º A Secretaria-Executiva do Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será exercida pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º A participação no Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 8º O Comitê Gestor de Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio elaborará relatório anual de atividades, que será compartilhado com os órgãos e as entidades participantes do Comitê Gestor e com a sociedade.

Parágrafo único. No prazo de cento e oitenta dias, contado da data de publicação deste Decreto, deverá ser elaborado plano de ação com as atividades propostas pelo Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Art. 9º Os órgãos da administração pública federal responsáveis pela Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio poderão firmar convênios, acordos e parcerias e instrumentos congêneres com organizações da sociedade civil e instituições privadas para efetivação da Política, observadas a legislação pertinente e a disponibilidade orçamentária.

## **CAPÍTULO II**

### **DAS COMPETÊNCIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO E DO SUICÍDIO**

Art. 10. A implementação das ações da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio será realizada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.

Art. 11. Para a implementação das ações da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, no âmbito da União, compete:

I - ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos:

- a) propor ações de fortalecimento do sistema de garantia de direitos da pessoa humana;
- b) estimular os setores governamentais das gestões federal, estadual, distrital e municipal, e a sociedade civil, para atuar sobre os determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio; e
- c) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual;

II - ao Ministério da Educação:

- a) propor fluxos, normas e diretrizes para o registro de notificações compulsórias sobre automutilação e tentativa de suicídio provenientes das instituições de ensino públicas e privadas para serem encaminhados ao conselho tutelar;
- b) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio nas instituições de ensino públicas e privadas de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; e
- c) promover a capacitação dos gestores, dos professores e da comunidade escolar em relação à prevenção da automutilação e suicídio;

III - ao Ministério da Cidadania:

- a) apoiar a mobilização da rede de ofertas socioassistenciais governamentais e não governamentais das três esferas de governo para a prevenção da automutilação e do suicídio;
- b) divulgar os conteúdos de formação e capacitação integrados à Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Assistência Social acerca da temática da prevenção da automutilação e do suicídio;
- c) promover ações para a prevenção da automutilação e do suicídio, no âmbito de suas atribuições, que envolvam políticas públicas relacionadas com a prevenção do uso de álcool e outras drogas; e
- d) divulgar amplamente as ações de prevenção da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual; e

IV - ao Ministério da Saúde:

- a) promover a elaboração de estudos sobre a manutenção do serviço telefônico para recebimento de ligações de que trata o **caput do art. 4º da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**;
- b) promover o acesso e a qualidade dos serviços destinados a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio, além de oferecer cuidado integral e atenção multiprofissional, de maneira interdisciplinar, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- c) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial para atendimento a pessoas em situação de risco de automutilação e tentativa de suicídio, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- d) aperfeiçoar os sistemas de informação para qualificar a notificação compulsória, a análise e a disseminação de informações de forma completa, adequada e no tempo oportuno, para subsidiar a formulação de políticas públicas e tomadas de decisão, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
- e) divulgar amplamente as ações de promoção da saúde e dos determinantes sociais relacionados com o fenômeno da automutilação e do suicídio, de maneira a disseminar informações que possibilitem a compreensão da ocorrência desses fenômenos para além dos fatores de ordem individual;
- f) apoiar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no desenvolvimento de práticas de prevenção à automutilação e ao suicídio;

g) implementar fluxos, normas e diretrizes para o registro de notificações compulsórias sobre a automutilação e a tentativa de suicídio;

h) promover a qualificação adequada aos atendentes do serviço previsto no § 2º do art. 4º da Lei nº 13.819, de 2019, em matéria de prevenção da automutilação e suicídio; e

i) fomentar a elaboração de estudos e pesquisas acerca da prevenção da automutilação, da tentativa de suicídio e do suicídio.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA**

Art. 12. A notificação compulsória de violência autoprovocada é obrigatória para:

I - médicos, outros profissionais de saúde no exercício de suas atribuições ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestem assistência ao paciente, observado o disposto no art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975; e

II - responsáveis por instituições de ensino públicas e privadas.

Parágrafo único. A notificação compulsória de que trata o inciso I do **caput** será realizada quando houver a suspeita ou a confirmação de violência autoprovocada no prazo de até vinte e quatro horas após o atendimento, observadas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Art. 13. As notificações compulsórias de suspeita e confirmação de violência autoprovocada de que trata o inciso II do **caput** do art. 12 deverão ser informadas ao conselho tutelar.

Parágrafo único. O conselho tutelar comunicará à autoridade sanitária competente as notificações recebidas sobre suspeita e confirmação de violência autoprovocada.

Art. 14. Os conselhos de proteção, em especial de idosos e pessoas com deficiência, que tiverem conhecimento de casos de violência autoprovocada que envolvam crianças, adolescentes, pessoas idosas ou com deficiência, deverão comunicar imediatamente à autoridade sanitária competente.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de fevereiro de 2020; 199º da Independência e 132º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO

*Abraham Bragança de Vasconcellos Weintraub*

*Luiz Henrique Mandetta*

*Osmar Terra*

*Dameres Regina Alves*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.2.2020.