



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Aplicadas



LUCIANO FERREIRA

**AUTOLESÃO NA ADOLESCÊNCIA E A ATUAÇÃO DOS  
EQUIPAMENTOS SOCIAIS E DA SAÚDE**

SELF-INJURY IN ADOLESCENCE AND THE PERFORMANCE OF  
SOCIAL AND HEALTH EQUIPMENT

LIMEIRA

2023



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Aplicadas



LUCIANO FERREIRA

**AUTOLESÃO NA ADOLESCÊNCIA E A ATUAÇÃO DOS  
EQUIPAMENTOS SOCIAIS E DA SAÚDE**

*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 Rodrigues Lima de Almeida

*Coorientadora:* Profa. Dra. Sandra Francisca Bezerra Gemma

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO LUCIANO FERREIRA E ORIENTADA PELO PROF. DR. JOÃO JOSÉ RODRIGUES LIMA DE ALMEIDA E COORIENTADA PELA PROFA. DRA. SANDRA FRANCISCA BEZERRA GEMMA.

LIMEIRA

2023

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas  
Ana Luiza Clemente de Abreu Valério - CRB 8/10669

F413a Ferreira, Luciano, 1973-  
Autolesão na adolescência e a atuação dos equipamentos sociais e da saúde / Luciano Ferreira. – Limeira, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: João José Rodrigues Lima de Almeida.

Coorientador: Sandra Francisca Bezerra Gemma.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Adolescentes. 3. Família. I. Almeida, João José Rodrigues Lima de, 1960-. II. Gemma, Sandra Francisca Bezerra, 1964-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. IV. Título.

Informações Complementares

**Título em outro idioma:** Self-injury in adolescence and the performance of social and health equipment

**Palavras-chave em inglês:**

Self-injurious behavior

Adolescent

Family

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

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

**Banca examinadora:**

João José Rodrigues Lima de Almeida [Orientador]

Ana Maria Galdini Raimundo Oda

Marina Autuori

**Data de defesa:** 01-02-2023

**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/0009-0000-7949-2164>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/5292679002655200>

## **Folha de Aprovação**

**Autor:** Luciano Ferreira

**Título:** Autolesão na adolescência e a atuação dos equipamentos sociais e da saúde.

**Natureza:** Dissertação

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

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

**Data da Defesa:** Limeira-SP, 01 de fevereiro de 2023.

### **BANCA EXAMINADORA:**

PROF. DR. JOÃO JOSÉ RODRIGUES LIMA DE ALMEIDA (orientador)  
Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA/Unicamp

Prof. DRA. ANA MARIA GALDINE RAIMUNDO ODA (membro)  
Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA/Unicamp

Prof. DRA. MARINA AUTUORI (membro externo)  
Universidade Anhanguera

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

## **DEDICATÓRIA**

*Aos adolescentes que me sensibilizaram em  
minha atuação profissional e me fizeram interessar  
pelo tema dessa pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

Minha gratidão,

Ao professor João José Rodrigues Lima de Almeida, por me acolher como aluno e me incentivar e me ensinar com paciência e dedicação, por acreditar em mim e me ajudar a aprimorar minha pesquisa.

A professora Sandra Gemma pelos seus valiosos conselhos e apontamentos feitos em longas conversas online que me ajudaram muito a ampliar e amadurecer meu tema.

Aos professores do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas (ICHSA), também pela dedicação e paciência em ensinar e ajudar em meu entendimento dos conteúdos ministrados em aula.

À banca formada pelas professoras Ana Maria Galdini Raimundo Oda e Marina Autuori pelos apontamentos norteadores e formadores em meu trabalho.

À minha família que sempre esteve presente nos momentos bons e difíceis.

À minha querida esposa que sempre esteve junto de mim me apoiando e incentivando a seguir adiante.

À minha analista que me ajudou a sobrepor desafios e por acreditar em minhas possibilidades.

Aos alunos da escola que trabalho por serem também eles incentivadores pela busca desse tema.

Aos que participaram dessa pesquisa me cedendo sua participação primordial neste trabalho.

Aos colegas de sala da pós-graduação do ICHSA com quem pude ampliar meus conhecimentos acadêmicos e de vida pelas conversas e discussões.

A todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão desse trabalho.

## RESUMO

Busquei analisar a articulação dos profissionais de saúde e sociais (UBS, CAPSi, EFS, Conselho Tutelar), e uma escola na cidade de Limeira/SP em torno da autolesão em adolescentes. Procurei entender como é a relação dos pais com filhos que se autolesionam na percepção dos profissionais e como é a relação desses pais e filhos com esses profissionais. Além de entender as motivações do fenômeno da autolesão em adolescentes em suas variadas dimensões, pretendi compreender como os serviços e aparatos sociais se mobilizam para o enfrentamento da questão da autolesão em adolescentes. Observei como é a relação entre os profissionais, como se dá a comunicação, quais são os desafios enfrentados e as consequências disso para as famílias, os adolescentes e os próprios profissionais. Numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial analisei os assuntos mais recorrentes notados pelos profissionais. Para isso, fiz entrevistas semiestruturadas com perguntas norteadoras com um profissional de cada organização de saúde e social incluindo a escola. Como resultado notei que a autolesão em adolescentes é algo complexo com diversos fatores ocorridos na vida do adolescente que o levam ao comportamento dos cortes. Fatores familiares, socioeconômico, relação entre pares e individuais do adolescente que perpassam as realidades e fragilidades sociais propiciando o surgimento do comportamento. Os profissionais atuam e atendem adolescentes que se autolesionam e também suas famílias e esforços são feitos, mas foge de suas possibilidades, mas também ocorre realidades diferentes a depender da classe social atendida. Aspectos sociais e históricos como a modernidade tardia influenciam na realidade de desencontro entre pais e filhos formando um contexto de risco para o fenômeno. Termina com reflexões sobre possibilidade de ações para os profissionais diante dos desafios da autolesão.

**Palavras-chave:** autolesão; adolescentes; equipamentos sociais e de saúde, família.

## **ABSTRACT**

I tried to analyze the articulation of health and social professionals (UBS, CAPSi, EFS, Tutelary Council), and a school in the city of Limeira/SP around self-injury in adolescents. I tried to understand the relationship between parents and children who self-injure in the perception of professionals and what the relationship between parents and children is like with these professionals. In addition to understanding the motivations of the phenomenon of self-injury in adolescents in its various dimensions, I intended to understand how services and social apparatuses are mobilized to face the issue of self-injury in adolescents. I observed how the relationship between professionals is, how communication takes place, what are the challenges faced and the consequences of this for families, adolescents and professionals themselves. From an interdisciplinary and intersectoral perspective, I analyzed the most recurrent issues noted by professionals. For this, I conducted semi-structured interviews with guiding questions with a professional from each health and social organization including the school. As a result, I noticed that self-injury in teenagers is something complex with several factors that occur in the teenager's life that lead to the behavior of cuts. Family, socioeconomic, relationship between peers and individual factors of the adolescent that pervade the social realities and fragilities, favoring the appearance of the behavior. Professionals act and assist adolescents who self-harm and also their families and efforts are made, but it is beyond their possibilities, but different realities also occur depending on the social class attended. Social and historical aspects such as late modernity influence the reality of the mismatch between parents and children, forming a context of risk for the phenomenon. I end with reflections on possible actions for professionals in the face of the challenges of self-injury.

**Keywords:** self-injury; teenagers; social and health facilities, family.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CT – Conselho Tutelar

TO – Terapeuta Ocupacional

MS – Ministério da Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>MÉTODO DE PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
<b>REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>23</b>
<b>A AUTOLESÃO: .....</b>	<b>33</b>
<b>Resultados das entrevistas: .....</b>	<b>37</b>
<b>Na tabela abaixo expresso tudo o que apareceu na pesquisa, mais adiante vou dividir essa tabela para discutir as dimensões dos equipamentos. ....</b>	<b>37</b>
<b>Dimensão da família .....</b>	<b>53</b>
<b>Dimensão do adolescente.....</b>	<b>59</b>
<b>ASPECTOS HISTÓRICOS DA FAMÍLIA E DA ADOLESCÊNCIA.....</b>	<b>105</b>
<b>MODERNIDADE TARDIA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS .....</b>	<b>111</b>
<b>A AUTOLESÃO NOS ASPECTOS SOCIAIS .....</b>	<b>116</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO III .....</b>	<b>158</b>

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi fruto do mestrado que investiga questões contemporâneas num enfoque interdisciplinar que quer dizer que há uma ruptura com os limites próprios que abarcam as disciplinas. Isso quer dizer que para ser interdisciplinar, terei que deixar um pouco de lado uma visão disciplinar sobre um assunto para avançar o olhar para outras áreas do conhecimento.

O tema desse estudo é compreender o que pode influenciar no comportamento da autolesão entre os adolescentes e como é a relação deles com os seus pais e entender a relação desses pais e adolescentes com os equipamentos<sup>1</sup> sociais e da saúde, também que influência essas relações sofrem. Mas para entender essa dinâmica, o olhar e a percepção dos equipamentos será minha base de estudo. Os equipamentos são o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), Conselho Tutelar e com os equipamentos de saúde como Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) que conta com os agentes Comunitários de Saúde (ACS) e entender a relação das instituições com uma escola estadual na cidade de Limeira no interior do Estado de São Paulo. Isso a partir da ótica da história, da sociologia, da cultura para se ter uma visão ampla sobre o assunto de maneira interdisciplinar.

Um objeto de pesquisa sempre tem algo a ver com seu pesquisador e o motivo dessa pesquisa tem a ver com minha experiência pessoal dentro de uma escola de periferia por mais de dez anos e tendo contato com os adolescentes e seus desafios. Eu fiz um longo percurso com os alunos e isso estimulou-me a cursar psicologia para conseguir entender melhor o que ocorria com os que se auto lesionavam.

O espaço escolar é um local rico em manifestação de diversos comportamentos e a autolesão é um deles. Minha atuação por mais de dez anos dentro de uma escola já oferecia contato com a autolesão entre os jovens por conta de minha função de professor do Sistema de Garantia de Direitos da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, na figura do Professor Mediador Escolar e Comunitário (PMEC) que foi instituído através

---

<sup>1</sup> Aqui faço um esclarecimento sobre o termo “equipamento”. Sempre quando estive em diálogo e interação com as entidades sociais e de saúde nas reuniões de rede, o termo recorrente usado pelos profissionais era “equipamento” e por isso vou sempre me referir às entidades dessa forma. Equipamento sugere que algo ou alguém está equipado para exercer ou executar uma tarefa, no caso equipado para atender o público adolescentes que se autolesiona.

da Resolução SE nº19, de 12-2-2010 e tem entre outras prerrogativas, uma atuação próxima com os alunos por meio do diálogo e acolhimento das questões vividas pelos jovens em suas relações familiares e na escola, objetivando a resolução de conflitos.

Em 2020 a função do PMEC foi alterada com a Resolução SE 92, de 1º-12-20 que passou a ser Professor Orientador de Convívio (POC). Com essa resolução, valorizou-se mais a orientação da convivência dentro do espaço escolar abrangendo toda a comunidade no tocante aos relacionamentos.

Por todo esse período de atuação e por ouvir os adolescentes, sempre me deparei com o sofrimento expresso e com a dificuldade de relacionamento deles com suas famílias e notava que os equipamentos do Sistema de Garantia de Direitos geralmente pareciam não saber dessa dificuldade de relacionamento. Como acontece a interação entre os equipamentos entre si, entre eles e as famílias e entre eles e os adolescentes?

Como eu dizia, a não percepção dos equipamentos sobre a situação que os adolescentes viviam me incomodava porque é uma prerrogativa deles auxiliar os adolescentes e as famílias.

Essa dificuldade nas relações entre os adolescentes e sua família e entre os equipamentos sociais e da saúde parece já ter sido notado pelo poder público e por isso foi criado o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) que se iniciou em 2006 para dar cumprimento ao estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conjunto de leis que consolidam os direitos fundamentais da infância e da adolescência em exercício desde 1990. Por meio da lei nº 13.257, de 2016, foi adicionado o artigo 13 no ECA no parágrafo 2º que trata da ação dos órgãos do SGDCA para garantir uma atuação ampla e prioritária nos cuidados com a criança e o adolescente.

Os equipamentos do SGDCA são formados por diversos atores e dentre eles estão o Conselho Tutelar e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Terapeuta Ocupacional e Assistente Social que também fazem parte da minha pesquisa. O Conselho Tutelar foi criado junto com o ECA em 1990 por meio do artigo 131 e é considerado um dos principais defensores dos direitos da criança e do adolescente. Sua atuação se dá de maneira autônoma ao que se refere aos órgãos federais, estaduais e municipais sendo apenas vinculado ao poder executivo (BRASIL, 1990).

O intuito de o conselho tutelar ser autônomo, é para que haja condição de ação livre perante as possíveis falhas que o poder público possa apresentar em relação aos cumprimentos dos direitos da criança e do adolescente. Isso iria garantir uma atuação contundente perante as dificuldades de execução dos direitos da criança e do adolescente.

Ao longo dos anos o ECA sofreu mudanças na busca de melhor atender a demanda, mas ele trazia em sua primeira versão, o artigo 19 que dizia sobre a necessidade de a criança e o adolescente não ser cuidado em uma família que tivesse substâncias entorpecentes em seu meio. Isso levou a longas discussões que provocaram a criação da Política Nacional de Promoção e Defesa do Direito da Criança e do Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária.

O plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito da Criança e Adolescente trouxe novidades na visão sobre a família e esse plano ocorreu por força do SGDCA que agiu e levou a discussão sobre a convivência familiar. Houve uma revisão na ideia de família e se criou a possibilidade de a criança ou adolescente que esteja em um lar que lhe traga riscos como uso de entorpecentes ou violência física ou psicológica, seja acolhida por uma família extensa ou em uma casa de abrigo (Art. 19 do ECA). Com isso houve uma ampliação da ideia de família sendo o modelo nuclear formado por pai, mãe e filho variasse para uma formação que contemplasse os avós, as tias e tios e outras pessoas que viessem a cuidar. Ainda assim, não se deixou de lado a ideia que a família seja basilar para a boa formação dos filhos.

No artigo 226, parágrafo 4, cita: “entende-se como entidade familiar a comunidade formada por qualquer um dos pais e seus descendentes” e também o artigo 25 diz que a família natural seja “a comunidade formada pelos pais ou qualquer um deles e seus descendentes”. “Abre-se mão de um modelo ideal de família, devendo-se ultrapassar a ênfase na estrutura familiar para enfatizar a capacidade da família de, em uma diversidade de arranjos, exercer a função de proteção e socialização de suas crianças e adolescentes”. O ECA também fala em seu artigo 70-A, que “É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaças ou violação dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL, 1990).

O ECA alcançou um reconhecimento internacional pelo seu avanço nos cuidados a criança e ao adolescente e trouxe a ideia de que toda a sociedade e o poder público tem que se esforçar para o bom amparo dos seus pupilos. Cada ator social tem sua responsabilidade e sua contribuição nessa tarefa que passa a ser de toda a comunidade, a partir do estatuto vislumbrou-se uma mudança radical na lida com uma população que até então teria que ser retirada do convívio social para proteger a sociedade, uma vez que era entendido que havia a necessidade de o jovem sair das ruas, para deixar de importunar a ordem (JUNIOR, 2017).

Essas mudanças vieram com o intuito de oferecer ao adolescente mais condição de viver sua fase de vida que por si só já é bastante marcada por desafios e enfrentamentos.

A autolesão é uma situação de enfrentamento para o adolescente visto que as pessoas geralmente se assustam com os cortes no corpo tratando-os como repugnantes e vendo o adolescente como uma vítima ou alguém com problemas a serem solucionados.

Nas minhas experiências como professor mediador, diante dos episódios manifestos na escola sobre autolesão e sobre pais pedindo ajuda, acontecia uma preocupação da instituição. Esta via crescer as manifestações de cortes no corpo provocando discussões sobre o tema em toda a comunidade local e a percepção de que se tratasse de algo a ser combatido por se entender que é uma prática que foge da alçada da escola e do escopo de ações pertinentes aos seus profissionais.

A autolesão é conhecida entre os adolescentes e quem não a pratica, ao falar sobre o assunto, traz uma percepção negativa carregada de reprovações e desejos de correção àquele que tem o hábito de ferir o corpo. Num primeiro momento, tende a fazer menção de que seja por má vontade ou falta de empenho em lutar contra algo ou lutar contra o ato de se auto lesionar e se diz que a pessoa é problemática e precisa de ajuda e de fato ela precisa, mas o que sinalizo aqui é a maneira de olhar para o adolescente apenas como fraco ou desvalido. Com facilidade se ressalta o sofrimento que essa pessoa expressa com seus cortes e logo esse sofrimento assume um lugar de destaque entre os pares e perante a escola, deixando uma questão: será que o destaque alcançado no espaço de convívio coletivo traz alguma recompensa ou satisfação ao adolescente?

A pessoa que tem a prática da autolesão, perante os colegas na escola, tem recusa em falar sobre seus atos e se sente estranha para os colegas tendo que esconder seus cortes, mas nem sempre agem da mesma forma diante de outra pessoa que também se auto lesiona parecendo acontecer uma relação de compromisso entre ambos. Os profissionais da escola agem com espanto e medo diante do aluno que se autolesiona, demonstra não saber como lidar com a pessoa passando a ignorá-la, corrigi-la para que mude seu comportamento ou tratando-a como alguém que precise de cuidados especiais. Essa postura é a mais comum, mas há possibilidade de oferecer acolhimento e compreensão ao adolescente que pode assumir uma condição especial perante a figura de autoridade do professor, perante seus pares e até perante a escola. Logo, pode ser que esse formato de relação se dê também com os pais, pode não somente não haver dor, mas também alguma satisfação.

Quando são os pais que vêm a escola para falar sobre a autolesão de seus filhos, expressam constrangimento e insatisfação diante das queixas e do sofrimento que os filhos expressam e mostram não saber como agir pedindo ajuda a escola que também não sabe o que fazer.

Na internet o tema da autolesão é abordado por sites e páginas afins em que os relatos de experiências vividas se tornam mais fáceis pelo fato de o adolescente sentir que há menos rejeição. Talvez isso ocorra por entenderem que há mais pessoas com o mesmo histórico, mas também as redes sociais podem ser um ambiente mais hostil e reprovador. Alguns dizem que buscam as redes sociais para desabafar e encontrar quem lhes ofereçam acolhimento, mas também se ressentem quando são reprovados ou corrigidos.

Notícias são veiculadas sobre o tema dizendo sobre o aumento do comportamento da autolesão entre os adolescentes e o governo federal instituiu a lei nº13.819 em 2019 com a política Nacional de Prevenção da Autolesão e que, entre outras coisas, diz que a escola tem que notificar o Conselho Tutelar sobre os episódios de autolesão. Mas essa prática é delicada porque pode gerar exposição daquela pessoa que não quer que seus pais saibam de sua prática gerando mais conflitos em casa. O Conselho teria que entrar em contato com a família e todos saberiam dos fatos ocorridos, também poderia gerar mais demanda ao equipamento com mais possíveis olhares de reprova ao comportamento da autolesão.

Faço essa observação porque já foi notado esse comportamento em que o profissional expressava descontentamento com o ato da autolesão. Também nas reuniões de rede que ocorre uma vez por mês, já tive e oportunidade de perceber falas de reprova de outros atores sociais levando-me a me questionar sobre os motivos disso. Segundo Henriques (2018), os profissionais que atendem ao público podem ser influenciados pela ideia de padronização de comportamentos aceitáveis socialmente e olhar de maneira rápida para a autolesão dos adolescentes.

## **Metodologia**

Como caminho a ser traçado neste trabalho, pretendo falar sobre o percurso dessa pesquisa, sobre seu método e sobre a discussão de minhas entrevistas com aquilo que apareceu na visão dos profissionais sobre a autolesão. Exponho sobre meu estímulo para essa pesquisa, a problematização com a justificativa, a hipótese, a relevância social e

também os objetivos para ela. Pretendo também abordar a autolesão numa perspectiva interdisciplinar, aspectos históricos sobre a adolescência, a família e a pós modernidade e seus riscos.

Como lido em minha prática na escola com os adolescentes, me despertou a curiosidade sobre o motivo pelos quais os equipamentos não percebem ou não têm contato com a demanda da autolesão entre os adolescentes. Quando eu levava para discussão nas reuniões de rede, sempre notava que os profissionais não sabiam sobre a autolesão dos adolescentes. Isso me incomodava e me impulsionava a fazer esse trabalho de pesquisa.

Também procuro identificar como é a interação dos equipamentos da rede de proteção entre si e entre eles e a escola. Será que ocorrem fragilidades ou não? Em pesquisas sobre o tema da autolesão, notei que há trabalhos que valorizam a percepção dos adolescentes sobre o tema. Mas não encontrei quem olhasse para os profissionais que atendem esse público, por isso me interessei em entrevistar os profissionais dos equipamentos para entender que tipo de interação acontecer e quais as consequências nos trabalhos desenvolvidos. Assim, pretendo responder essas perguntas neste trabalho:

Como é a relação dos profissionais dos equipamentos da saúde e sociais?

Quais queixas aparecem nessa relação?

Como é a relação entre a escola e os equipamentos que atuam em seu entorno?

Como é a relação da escola, dos equipamentos da saúde e sociais com os adolescentes que se auto lesionam?

Como é a relação da escola, dos equipamentos da saúde e sociais com as famílias dos adolescentes que se auto lesionam?

Na interação do adolescente e sua família, quais estratégias são utilizadas pelos equipamentos que reforçam a dificuldade de aproximação?

Quais constrangimentos e estigmas os adolescentes que se auto lesionam sofrem?

A partir da percepção dos equipamentos, como a família entende a autolesão de seus filhos adolescentes?

Nas entrevistas realizadas procurei percorrer o mesmo roteiro de perguntas, mas sem prejudicar o que surgisse no momento de cada interação para que fatos novos pudessem surgir e enriquecer o tema. Procurei deixar livre a pessoa entrevistada para que ela contasse o que quisesse a partir do estímulo que as perguntas ofereciam. Fiz essas perguntas aos equipamentos:

### **Perguntas ao equipamento social e da saúde**

1. A unidade tem demanda de adolescentes que se autolesionam (cortes e agressões pelo corpo)?
2. Se tem, o que se faz com a demanda de adolescente que se autolesionam?
3. Não tem adolescente que se autolesionam? Porque?
4. O equipamento tenta contato com os adolescentes para investigar os que se autolesionam? Porque? Como é esse contato?
5. Os adolescentes que se autolesionam procuram o serviço? Se sim, porque eles procuram, qual é a queixa? Como são recebidos e por quem?
6. Existe um protocolo de atendimento? Se sim, ele é aceito pelo adolescente que se autolesiona?
7. A família procura ajuda sobre o adolescente que se autolesiona? Qual é a queixa da família?
8. Quando a família procurou o equipamento, já havia informação de que um adolescente passava dificuldade?
9. O equipamento tem uma busca ativa aos adolescentes que se autolesiona? Se sim, como é o contato, há adesão?
10. O que você pensa sobre a autolesão dos adolescentes?
11. A escola encaminha os adolescentes que se automutilam para a unidade? Como é a relação entre a unidade e a escola?

### **Perguntas para a escola**

- 1 - Como a escola reage quando percebe um adolescente que se autolesiona? Como a escola percebe e aborda a questão? Como o adolescente reage?
- 2 - A escola comunica a família, como ela reage? Há encaminhamento para algum equipamento social ou de saúde?
- 3- Algum equipamento procura a escola para dialogar sobre a autolesão entre os adolescentes? Porque?
- 4 - A escola faz alguma ação referente a autolesão dos adolescentes? Se sim, como os alunos recebem essa ação?

Com essas perguntas pude extrair um pouco sobre como é a dinâmica de cada local em relação a autolesão e como se dão as interações entre as pessoas envolvidas. Ao longo do trabalho pretendo fazer um diálogo apresentando e analisando os resultados a

partir da problematização do que é enfrentado pela escola que tem que lidar com os adolescentes que se autolesionam, com seus pais e com os equipamentos da rede de proteção social. Mas há uma dificuldade de a rede perceber o que ocorre dentro do espaço acadêmico e isso justifica meu trabalho que visa compreender o que está acontecendo.

Para tanto, tenho como hipótese que os adolescentes têm uma relação difícil com suas famílias e pode ser por isso que se autolesionam. Os equipamentos sociais e de saúde podem entender que a autolesão dos adolescentes ocorre por força da fase da vida e não priorizam intervenções.

A relação entre os adolescentes, a família e os equipamentos de saúde e sociais no tocante a autolesão pode ser fraca porque um não sabe da realidade do outro e por isso entendendo ser de relevância social clarear essa situação para saber se a autolesão virou um comportamento adaptado a vida dos adolescentes, se virou uma linguagem, uma comunicação e também oferecer um auxílio na dinâmica familiar bem como ajudar na interação entre os equipamentos, a família e os adolescentes.

Como objetivo geral, procurei investigar a interação entre a escola e os equipamentos situados em seu entorno e compreender como eles olham para os adolescentes que se autolesionam e para suas famílias.

Compreender qual é a relação que os equipamentos sociais e da saúde têm com as famílias e com os adolescentes que se autolesionam.

Entender como os equipamentos vêm a relação entre as famílias e os adolescentes que se autolesionam.

Buscar na história e na sociologia aspectos que influenciaram na relação entre os adolescentes que se autolesionam e suas famílias e entre esses grupos e os equipamentos de proteção.

Nos objetivos específicos, compreender como é a relação entre os adolescentes, a família e os equipamentos sociais e de saúde a partir da percepção desses equipamentos.

Compreender como os equipamentos sociais e da saúde entendem o comportamento da autolesão dos adolescentes e como reagem a ele.

Compreender como se dá a relação entre os profissionais de cada equipamento e se há divergência entre eles quanto a maneira de ver o adolescente, a família e a autolesão.

## MÉTODO DE PESQUISA

### A entrevista

Fazer as entrevistas gerou possibilidade para eu questionar sobre o tema e melhor entendê-lo a partir dos resultados obtidos tive a intensão de faze-las por entender que seria bastante interessante estar no local e com alguém que lida com o tema que investigo nessa pesquisa foi algo muito interessante para mim. Falar com alguém que estivesse lidando com o tema da pesquisa de maneira viva e pulsante me fez crer que seria mais próximo da realidade e até mais interessante que dados estatísticos. O ou a profissional que iria participar da entrevista seria alguém que tem mais visão sobre o trabalho do equipamento e por isso escolhi alguém da coordenação e caso não houvesse, alguém que se dispusesse como foi o caso do conselho tutelar. Na situação da escola, eu falei com o diretor e ele me indicou a professora mediadora por entender que ela sabia mais sobre os alunos por ter uma relação diferente com eles com mais interação. As coordenações entrevistadas foram da UBS, da ESF por serem pessoas que teriam mais informações sobre seus espaços e no CAPS falei com a coordenação que me indicou falar a Terapeuta Ocupacional, mas ela me adiantou que qualquer profissional do equipamento teria condição de falar sobre o tema por ter igual contato com ele. Pretendo expor a metodologia de como avaliamos as entrevistas, o local da realização delas, as garantias que lhes foram ofertadas, coleta dos dados e os resultados.

### Metodologia

Foram feitas entrevistas semiestruturadas abertas em que os participantes pudessem expor seus pensamentos de forma livre e eu fazia alguma pergunta ou reflexão a fim de obter mais riqueza no que estava sendo trazido. A entrevista *aberta* ou em *profundidade* possibilita que o entrevistado fale livremente sobre o tema sem se prender a indagação formulada previamente, mas também foram feitas indagações ao longo da entrevista a fim de ampliar o que estava sendo dito (GOMES, 2007, p. 64)

Para as entrevistas foram usados gravadores de voz com o consentimento para que fosse retirado na íntegra o conteúdo das falas para preservar a fidedignidade levando ao

pé da letra tudo que foi dito (GOMES, 2007, p. 69). Ao total foram feitas cinco entrevistas sendo um profissional de cada equipamento com duração de 1 a 1:30 horas.

Para o consentimento da participação dos equipamentos houve a orientação de eu fazer formalmente uma solicitação para a presidente CEPROSOM (Centro de Promoção Social Municipal) da cidade requerendo a permissão. Houve aceitação e fui até os locais solicitar a participação de cada equipamento. Em cada equipamento ao menos duas vezes eu visitei, uma para falar com a pessoa responsável que desse o aval para ela mesma ou alguém da equipe.

Assim foi com todos os equipamentos contidos neste trabalho, foram solícitos em atender e o fizeram prontamente. O Conselho Tutelar fui três vezes e a conselheira que me atendeu pediu que eu voltasse para ser apresentada a proposta da entrevista para os outros membros e assim foi. Comumente há uma reunião nas quartas às 11 horas com todos os integrantes e pude expor sobre o projeto elucidando dúvidas e diminuindo angústias em torno da ideia de se fazer uma entrevista já que temores pareceram impactar o grupo.

Haviam cinco profissionais nessa reunião e como não era ainda a entrevista propriamente, pode ter ocorrido facilidade de o grupo expor o que pensava e suas experiências com o tema da pesquisa.

Em todas as visitas aos equipamentos foram em hora marcada e respeitando as medidas sanitárias de isolamento social, uso de máscara e álcool em gel.

### **Percurso da pesquisa**

Minha primeira proposta era identificar as diferenças entre escolas diante dos equipamentos sociais e da saúde. Eu pretendia envolver uma escola particular que atendesse um público com mais condição financeira e outra do Estado que atendesse um público com menos condição financeira. Meu desejo era perceber as realidades que surgiam diante das diferenças sociais e financeiras.

No ano de 2020, fiz contato com todas as escolas particulares da cidade e em algumas, consegui a possibilidade de falar diretamente na secretaria ou com a diretora. As realidades foram as mais diversas. Teve escola que houve resistência de falar com alguém que me desse um parecer, apenas uma pessoa da secretaria me dizia que a pessoa responsável não se encontrava no momento.

Quando havia essa dificuldade, eu recebia a orientação de fazer contato via e-mail, mas não obtive nenhum retorno. Fiz contatos telefônicos e não obtive retorno positivo. Uma escola conceituada da cidade eu tive a oportunidade de falar presencialmente com a diretora e esta disse que o motivo de não aceitar a pesquisa em sua unidade seria a pandemia da covid 19. Eu disse que as entrevistas seriam somente quando tivesse retorno presencial dos alunos e mesmo assim ela preferiu não autorizar.

Outras escolas particulares usaram o mesmo motivo para dizer da dificuldade de a pesquisa ser realizada em suas unidades. Ainda que eu sugerisse que fosse remota a entrevista, havia a recusa e ainda era dito que os pais não concordariam. Em uma escola eu conhecia uma pessoa que trabalhava nela e ela tentou contato com a diretora que mesmo assim negou me receber alegando que a profissional que responderia às perguntas da pesquisa estava de férias.

Por conta da realidade enfrentada com as escolas particulares, abandonei a ideia de fazer uma percepção entre grupos e classes sociais distintos. Ao contrário, a escola estadual não ofereceu nenhuma objeção e prontificou a participar da pesquisa não colocando nenhum empecilho. Eu que propus de me direcionar a Diretora de Ensino para autorização, mas o diretor disse que ele era o responsável pelo espaço não sendo necessário autorização.

Em relação aos equipamentos, tive que fazer várias visitas até conseguir falar com os responsáveis. Obtive adesão de todos, menos do CRAS que atendia a escola estadual participante. Nesse local, falei com a coordenadora juntamente com a psicóloga e ambas aceitaram participar, mas a psicóloga iria sair de férias e voltando passaria pela entrevista.

Mas isso não aconteceu, fiz diversos contatos telefônicos e visita ao local e sempre tive a recusa em falar com uma delas que alegavam sobrecarga de serviço não sendo possível me atender. Por fim abri mão de incluir esse equipamento. O equipamento que mais facilitou minha ação foi a UBS que fica numa região bastante populosa da cidade e tem uma grande demanda de atendimentos.

Diante das dificuldades e recusas dos equipamentos em participar da pesquisa e das escolas particulares se negarem, percebi assim como Gomes (2007, p.63) que há desconfianças e receios que impedem de se abrir para exposições e confrontos de realidades e experiências pelo fato de haver uma revelação da condição de vida, expressão de valores e crenças do ambiente.

Com os membros dos equipamentos sociais e da saúde, fiz perguntas para estimular e dar melhor fluidez nas falas com oportunidades para que eu fizesse

observações para melhor apreciação das respostas. Minhas inserções foram feitas numa perspectiva de ampliar uma fala do entrevistado e obter mais riqueza do conteúdo.

Ainda que eu tenha perguntas como roteiro para embasar a pesquisa, posso usar de uma autonomia para pedir aos entrevistados uma reflexão sobre o que foi dito e isso ser somado a percepção da pesquisa a partir da relevância do que foi exposto. Esse movimento exige do entrevistador uma atenção ao que está sendo trazido a fim de enriquecer o tema da entrevista (MINAYO, 2013).

Essa dinâmica funcionou em todos equipamentos, exceto na ESF em que a conversa durou menos tempo e pelo fato de o equipamento não ter tanta proximidade com o público do seu entorno. Ainda que eu fizesse perguntas para reflexão e para melhor exposição do que aparecia nas falas, o diálogo se limitou a respostas curtas das perguntas que norteavam a entrevista.

Em toda localidade fiz a leitura para o entrevistado do Termo de Consentimento Live e Esclarecido (TCLE) tendo manifestado sua concordância de forma escrita. Como forma de exclusão havia o equipamento que estivesse fora do entorno da escola e ao profissional que se recusasse a participar da entrevista. Para inclusão do equipamento houve a necessidade de o profissional do local querer e poder responder as perguntas da entrevista.

No dia de cada entrevista, expliquei os objetivos, direitos de interrupção, benefícios e possíveis desconfortos e riscos esperados sempre alertando que a pessoa pudesse desistir a qualquer momento.

Sobre a garantia ética aos participantes foi falado sobre o sigilo do nome dos participantes em que o conteúdo das entrevistas somente seriam acessados pelos pesquisadores e seriam eliminados após o término da pesquisa. Cada participante assinou um termo e uma cópia ficou comigo ambas assinadas por mim. Também foi dito sobre os dados publicados que teriam sua privacidade resguardada em que nenhum dado pudessem identifica-los e essas garantias apareceram nos termos assinados.

Foi oferecido respaldo emocional aos participantes caso fosse necessário pelo fato de eu ser psicólogo, e me dispus a atender quem precisasse em minha clínica pelo tempo que fosse necessário sem ônus algum tendo em vista que pudessem ocorrer crises emocionais àquela pessoa que tivesse uma realidade de autolesão em sua família e que a entrevista resgatasse sentimentos dolorosos. Não ocorreu nenhum episódio que necessitasse desse amparo clínico, mesmo uma entrevistada citar que houve uma situação

em sua família que custou a todos, mas ela se referiu a isso como algo que pudesse ajudar na pesquisa e a outros adolescentes.

Havia também em meu projeto inicial a entrevista de pais e filhos, mas por conta da pandemia e os reflexos negativos que o isolamento social e as mortes trouxeram, retirei esses grupos das entrevistas e passei a contar apenas com as percepções dos equipamentos sobre a autolesão dos adolescentes e sobre os familiares desses adolescentes.

## REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para nortear as entrevistas, foram colocadas perguntas a fim de se obter a percepção sobre o tema e para ajudar cada entrevistado a recordar da sua experiência na função em seu equipamento social ou da saúde. São perguntas fechadas, mas houve liberdade de expressão dos participantes e diante do que era exposto, novas intervenções com possíveis indagações eu fazia para melhor aproveitamento do que era dito e para melhor compreensão.

### Sujeito da pesquisa

Equipamento e profissionais participantes nas entrevistas	Escola	Conselho Tutelar	CAPS	UBS	ESF
	Professora mediadora de conflitos (PMEC)	Conselheira (estudante de serviço social)	Terapeuta ocupacional	Coordenadora	Coordenadora

Tabela 1 - equipamentos e profissionais participantes na pesquisa

Para compor minha pesquisa, selecionei equipamentos que atendiam a escola a qual se situa na cidade de Limeira no interior do Estado de São Paulo, na região central e atende alunos da cidade toda, no entanto, o foco da pesquisa são os equipamentos que atendem essa escola. Foram cinco equipamentos sendo CAPSi, ESF, CT, escola e UBS

sendo um profissional de cada equipamento. A escola entrevistada não é a mesma que atuo, o território de localização é bem distante do local de minha atuação.

Os participantes foram convidados presencialmente nos equipamentos em que pude expor minha proposta de pesquisa e seus objetivos. No Conselho Tutelar, fui bem recebido por todo grupo e foi estratégico ir em uma quarta-feira às 11 horas porque havia uma reunião para exposição das experiências vividas naquela semana e isso era praxe semanal. Houve diálogo sobre o tema e percepções já foram trazidas ali.

Na escola fiz contato pela secretaria e falei com a professora mediadora que me acolheu prontamente. Expus minha proposta de pesquisa e diante do aceite, falei com o diretor da unidade que me atendeu prontamente também. Este comentou que não saberia falar tanto sobre os alunos referente ao tema autolesão, mas indicou que a professora mediadora poderia pelo fato de ela ter relacionamento de confiança com os alunos.

No CAPSi fui bem recebido e ao apresentar a proposta da pesquisa, a coordenadora já contou algumas situações vividas no equipamento que envolvia autolesão e disse que a Terapeuta Ocupacional iria participar da entrevista porque gostava muito da interação com os adolescentes e saberia falar sobre o tema.

Quando falei com a TO, logo houve aceite e o comentário de que achava importante um trabalho de pesquisa por entender que os adolescentes de alguma maneira seriam ouvidos na sociedade.

Na UBS, pedi para falar com a coordenadora e tive que voltar outro dia, pois ela estava de férias. Quando estive com ela, foi bastante atenciosa e concordou prontamente em passar pela entrevista e já saí do equipamento com a data definida.

Na ESF, tive que retornar porque a coordenadora também estava de férias. Quando voltou pude agendar com ela por meio da atendente do equipamento. No dia marcado fui prontamente atendido. Esse caso em específico, a coordenadora solicitou uma autorização da Secretaria de Saúde do Município cuja responsável estava em férias. Estive em reunião com a Coordenadora da Atenção Primária do município após seu retorno de férias, e ela prontamente autorizou a realização da pesquisa.

Com exceção da escola, mostrei nos outros equipamentos a autorização que obtive do CEPROSOM e da Secretaria da Saúde para fazer a pesquisa e percebi que isso facilitou. O CEPROSOM é uma entidade que coordena todos os serviços sociais do município.

### **Os equipamentos:**

O Conselho Tutelar (CT) é uma política pública criada com a promulgação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) sob a lei Federal nº 8.069/90 no ano de 1990. É um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional com a missão de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. A proposta para compor o quadro dos conselheiros, dentre outros fatores, é que os membros sejam pessoas da comunidade, que tenham experiência em cuidar do público alvo, bons antecedentes sociais e criminais e ser votado nas eleições.

Como atribuição, esse órgão tem como prerrogativa encaminhamento a programa oficial ou comunitário de promoção à família; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; encaminhamento a cursos ou programas de orientação; encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar a sua frequência e aproveitamento escolar; obrigação de encaminhar a criança ou o adolescente a tratamento especializado e fazer advertência (ECA, 1990).

A segunda unidade no município foi criada sob a lei municipal nº 5.398, de 20 de agosto de 2014 com a missão de atender 159 bairros da cidade, devido ao fato de a população do município ultrapassar os 300 mil habitantes e já há previsão de mais um Conselho Tutelar para dar assistência à demanda local. A unidade entrevistada recebe crianças e adolescentes juntamente com suas famílias que são vulneráveis em sua maioria chegando a 90% usuária de programas e benefícios sociais.

O CT atende a área rural do Tatu e a área da estrada da balsa chegando a receber um número de usuários acima de sua capacidade sendo necessário o terceiro conselho, conforme fora citado. Esse centro conta com dez conselheiros sendo que cinco atuam na região do bairro Tatu e cinco na região da estrada da balsa onde há chácaras e moradas simples. O CT conta com carro para locomoção e também com um motorista que é guarda civil comunitário (GCM) e sua função também é de segurança já que fica à paisana no local e pronto para agir caso seja necessário. Quando ocorrem episódios de autolesão em adolescentes, a unidade notifica a secretaria de saúde da cidade requisitando atendimento no CAPSi.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com uma equipe multidisciplinar composta por uma médica; uma enfermeira que é a coordenadora; um dentista; um técnico de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo responsável por

atender até 4.000 pessoas considerando o grau de vulnerabilidade das famílias e sua instalação estratégica vai onde há maior necessidade e maior número de famílias em situação de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). A unidade entrevistada atende 3.620 pessoas cujo cadastro é feito pelos quatro Agentes Comunitários de Saúde. Há também uma enfermeira que é a coordenadora, uma médica, dois dentistas, um técnico de enfermagem, uma auxiliar geral e não conta com carro para transporte. Atende o centro e os bairros Piratininga, São Roque, Montezuma, Vila São Luiz, Cidade Jardim, Vila Cláudia e Vila Independência, sendo os três últimos os que mais acessam a unidade.

O público atendido não é de nível social baixo, porém há dificuldade de acessá-lo, no entanto, quando há necessidade, os usuários são atendidos; as pessoas vão até a unidade em vez de os agentes irem até elas. No caso de estes fazerem a visita, não é permitido a entrada deles e o trabalho se torna desafiador.

O serviço dos ACS é passar na casa, verificar a situação, se dispuserem caso precisem de algo, mas os usuários preferem não se abrir e nem querem ser cadastrados. Há uma prática adotada recentemente pela Secretaria da Saúde que envia recursos financeiros dependendo da demanda e isso reduz as possibilidades da unidade já que não consegue atingir todas as casas, a demanda fica menor e diminui a verba para as ações do equipamento. Cada Agente de Saúde fica responsável por uma área chegando a atender cerca de 100 domicílios cada um. As visitas são feitas a pé porque são próximas da unidade e há orientação do Ministério da Saúde de que esses profissionais morem no entorno dos equipamentos, mas isso não aconteceu no local entrevistado.

Devido ao fato do concurso público, houve uma mudança que valoriza o profissional que fica dentro de um limite territorial, embora não seja exatamente do entorno da ESF. Isso interfere na qualidade de interação e de vínculo com a população atendida; os agentes da unidade não moram no bairro e não têm conhecimento do entorno e somado à característica de que as pessoas não querem ser acessadas, a coordenadora afirma ficar sempre pensando com a equipe uma maneira de mudar essa realidade, como melhorar o vínculo, como trazer para uma atividade em grupo, mas não consegue, lamenta ela.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) do Ministério da Saúde assegura a atuação da ESF em uma região e o papel principal da equipe que a compõe é acolher a comunidade local e para esse trabalho há os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que visitam as casas e travam relacionamento próximo às famílias.

A PNAB preconiza a ESF como porta de entrada do SUS, isto é, por onde a comunidade se achega para buscar os serviços oferecidos pelo equipamento local e seguir para outros, caso seja necessário.

A escola Estadual recebe alunos, dos 11 aos 17 anos, em três turnos de funcionamento e não é de ensino integral; há ao todo 500 matriculados e frequentes, sendo 320 do Ensino Fundamental II e 280 do Ensino Médio; 40% desses são incluídos no programa Auxílio Brasil do governo Federal, que atende a classe média e baixa. Os alunos são oriundos de bairros mais distantes como Jardim Ernesto Kühn, Odécio Degan, Residencial Rubi e do seu entorno como Vila Cláudia e São Cristóvão. Também atende a zona rural no bairro Tatu com custeio do município, com vans ou ônibus para transportar alunos dessa região. A escola conta com 50 professores, e no último SARESP não atingiu sua meta de pontuação. Conta com um diretor, um vice-diretor, um coordenador pedagógico e uma professora mediadora. Possui amplas instalações com adaptações para pessoas com mobilidade reduzida, salas de aula bem arejadas e tamanho adequado, biblioteca, refeitório, quadra esportiva coberta, laboratório de Ciências, laboratório de Informática, sala de leitura, auditório, pátio coberto, pátio descoberto, sala do professor e alimentação e internet banda larga. A escola teve média de 506,4 no Enem em 2019 enquanto que a média nacional foi de 504,9 segundo o INEP/ENEM 2019.

A Base Nacional Comum Curricular (Base Nacional Comum Curricular) que teve sua raiz na Constituição Federal de 1988, traz em seu regimento orientações que visam contemplar cuidados à família no que refere a sua “saúde, vida familiar e social, educação para o consumo, educação financeira e fiscal, trabalho, ciência e tecnologia de diversidade cultural” (BNCC, 2017, p. 17). Também incorpora o tema dos direitos da criança e do adolescente levando em conta a *igualdade*, que todos devem ter oportunidade de ingresso e permanência na escola e *equidade*, entendendo que as necessidades estudantis são diferentes (BNCC, 2017, p. 15).

A Unidade Básica de Saúde presta atendimento 24 horas, conta com equipamentos por Métodos Gráfico e Eletrocardiógrafo, Desfibrilador, Monitor de ECG, Reanimador Pulmonar/ ambulatorial. Tem equipe multidisciplinar sendo um médico, um dentista, uma enfermeira e uma assistente social e embora esteja afastada fisicamente, atende a escola estudada nessa pesquisa. Em sua maioria os usuários da Unidade Básica são vulneráveis e com baixa renda, são beneficiários do Auxílio Brasil e são residentes no entorno da Unidade que atende 25 bairros. Há usuários de áreas distantes como da região da Santa

Casa de Misericórdia de Limeira, mas estes representam apenas 15% do público atendido, têm mais condição financeira e também conta com serviço particular de saúde.

Assim como na educação, a saúde dentre outras questões, também valoriza os princípios da universalidade, equidade e contempla a integridade que vislumbra atender as necessidades da população ofertando cuidado, promoção e manutenção da saúde e cuidados psicológicos. Como característica, a UBS deve atender como lugar social, com relacionamentos interpessoais visando atenção e acolhimento aos usuários do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

As UBS devem ouvir a comunidade atendida em suas críticas, elogios ou reclamações referentes aos serviços prestados; deve assegurar a acolhida e a escuta ativa e qualificada dos usuários do espaço, ainda que não sejam da sua área de abrangência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O CAPSi procura reinserção social de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes. Conta com duas psicólogas, uma assistência social, uma terapeuta ocupacional, uma pedagoga, duas fonoaudiólogas, uma auxiliar de enfermagem, um administrativo, um auxiliar de limpeza, uma fisioterapeuta e um médico psiquiatra e atende crianças a partir de 3 anos até adolescentes menores de 17 anos e 11 meses. No momento atende mais adolescentes oriundos de todas as regiões do município e de famílias com vulnerabilidade social.

O trabalho é executado de modo que não haja fila de espera e o serviço não conta apenas com atendimentos, mas com visitas domiciliares, acolhimento diurno de pacientes em crise, visita a escolas, reuniões etc. Para tanto, tem à disposição um carro que é compartilhado com os outros dois CAPS, porém não há motorista e o espaço está pequeno para os grupos e oficinas. Quando há situação envolvendo autolesão em adolescentes, a unidade não notifica nenhum órgão.

É um equipamento quem tem como atributo ofertar atendimento clínico diário, acolher pessoas que tenham transtorno mental, fortalecendo os laços sociais e promovendo sua inserção social; dar suporte à saúde mental na rede básica; promover a vida social da pessoa no trabalho, lazer, fortalecimento dos laços familiares e comunitários etc.

A perspectiva da atuação do CAPSi é que o hospital psiquiátrico seja deixado de lado e a pessoa tenha uma vida de autonomia via responsabilização referente ao seu tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

## Forma de análise dos resultados

As entrevistas foram transcritas literalmente e após isso, fiz várias e exaustivas leituras para extrair as categorias que atendessem aos objetivos da pesquisa. Busquei o que era condizente com o objeto da pesquisa que são os equipamentos para entender suas relações com a família e os adolescentes que se autolesionam.

Busquei compreender o conteúdo das gravações e entender o que havia expresso nelas de forma aparente e o que não fora dito nas falas. Durante as entrevistas, perguntas foram colocadas a fim de clarear o que estava sendo dito e ser possível extrair mais sobre o assunto.

Fiz uma análise dos dados levantados usando como base a metodologia de pesquisa com categorias trazidas por MINAYO (2012):

O trabalho de campo é mãe e nutriz de toda dúvida (...) antropológica que consiste em se saber que nada se sabe, mas, também em expor o que se pensava saber, às pessoas que [no campo] podem contradizer [nossas verdades mais caras]”. Num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações. É muito gratificante quando ele consegue tecer uma história ou uma narrativa coletiva, da qual ressaltam vivências e experiências com suas riquezas e contradições (MINAYO, 2012).

Minha busca era de investigar as falas e analisa-las a fim de entender mais claramente a dinâmica do equipamento e o que ele percebia dos seus usuários, como era seu relacionamento interpessoal e o que aparecia de autolesão ou o que não aparecia nas entrevistas. Referente a isso, GOMES (2001) afirma:

Atualmente podemos destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa (GOMES, 2001 p. 74).

Segundo MINAYO (2012), as categorias devem servir de um referencial teórico confrontante com os dados obtidos para uma interação entre elas e o que apareceu nas entrevistas. Assim, procurei fazer uma análise do conteúdo que visa descrever e interpretar dados surgidos nas entrevistas servindo-me de categorias temáticas a partir da

semântica contidas nas falas e entender seu sentido a fim de expor o que mais aparecia nas expressões dos entrevistados. A cada estímulo que eu produzia colocando para a entrevistada uma indagação, surgia a descrição de uma situação e me dava a entender que um tema era colocado; um exemplo seria quando eu perguntava se havia demanda de adolescentes que se autolesionam e ouvia sim ou não, e a pessoa continuava a dizer como era a demanda, como se expressava, o que era feito com ela, porque aparecia ou não, como a entrevistada entendia aquilo etc. Às vezes na fala da entrevistada surgia algum tema implícito e eu o coloquei num grupo subdividido por temas para poder expor claramente o que aparecia em cada realidade.

Após observar cada tema recorrente nas entrevistas como demanda, manejo, frescura etc., fui expondo a fala de cada entrevistada contemplando todos os equipamentos e observando o número de vezes que aparecia o tema. Como são cinco equipamentos, tinha que aparecer pelo menos em quatro entrevista para que fosse colocado como dado a ser analisado. Mesmo não tendo aparecido exatamente o termo na fala da entrevistada, eu entendia que fazia referência a algo que caberia na análise. Exemplo: alguém dizia sobre a busca dos adolescentes pelo serviço prestado pelo equipamento e eu entendia que se tratava também da demanda que o local apresentava e mesmo que a entrevistada não tivesse dito sobre a demanda, eu já a incluía na lista de termos a serem analisados. Após catalogar o que apareceu ao menos em quatro entrevistas, pude colocar os temas para resgatar as falas das entrevistadas, confrontar com a literatura e colocar observações históricas e sociológicas a fim de discutir o assunto.

Em um segundo momento da análise, fiz um apanhado do que havia surgido de queixas de cada profissional de cada equipamento em relação à atuação de outro equipamento. Dessa forma pude notar o que havia de fragilidade nos serviços prestados à população adolescente e suas famílias e pude discutir as queixas que dificultam os trabalhos e que podem ser melhorados para maior eficiência dos serviços prestados.

O confronto dos dados levantados com o que há na literatura e em pesquisas relacionadas ao tema da autolesão me ajudam a ampliar a noção sobre o assunto. Extrair deste estudo uma nova percepção da dinâmica dos equipamentos em relação à autolesão poderá ampliar a reflexão e a discussão da realidade enfrentada e aprofundamentos podem ser feitos numa dinâmica de exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

Uma das fragilidades e limites da entrevista seria em relação ao entrevistado que poderia agir de acordo com aquilo que eu esperasse que fosse respondido, uma adequação

conveniente que pudesse mascarar detalhes importantes já que sua fala é uma narrativa de suas práticas (Minayo, 2006, p 47). A pessoa poderia querer me apresentar um relato que fosse interessante para a manutenção de uma boa imagem do trabalho executado pelo serviço; estaria preocupada em narrar um episódio do seu dia de trabalho ou algum evento ocorrido que lhe vem à memória na hora da conversa e fica isso registrado como uma prática comum vivida no equipamento. Mas isso pode se dar apenas com ela e não se confirmar com outras que atuam no equipamento.

Por isso é necessário fazer uma análise do discurso (AD) que olha para aquilo que está se dizendo na entrevista e não tanto no conteúdo do que é falado. Há também aspectos do discurso que trazem o que está no inconsciente e em seu imaginário e que aparece como representação e ideologia pautado pelo contexto sócio histórico que compõe o sentido que o entrevistado quer dar ao que está dizendo formando seu discurso (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

A AD atua com o sentido e deixa de lado o conteúdo expresso, um sentido é produzido e carrega consigo ideologia + história + linguagem. Traz consigo um discurso por meio da ideologia envolvendo aquilo que está em seu imaginário inconsciente, o histórico se refere ao contexto sócio histórico e a linguagem dá sinais do sentido que o entrevistado quer endereçar em sua manifestação (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Nesse aspecto, notei as variações de realidade, cujas profissionais atuantes nas periferias possuem uma noção e uma maneira de agir diferente daquelas que agem fora da periferia. Aspectos como crenças e valores pessoais aparecem nesse momento e variam de acordo com as diferenças de região da cidade. A análise do discurso supõe a maneira como ele se dá frente a um contexto social e histórico em que há relações de poder (CAPPELLE, MELO e GONÇALVES, 2011).

Faço uma análise do conteúdo (AC) em que catalogo as palavras recorrentes nas entrevistas e agrupando-as tematicamente, procuro entender o significado contido nelas e isso exige flexibilidade e sensibilidade para compreender o importante para a pesquisa (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Outro limite seria o fato de a pesquisa não conter pais e filhos nas entrevistas, esse público seria de muita importância para compreensão daquilo que foi dito pelos entrevistados nos equipamentos, pois seriam possíveis uma percepção mais aprofundada, uma ampliação, melhor captação da realidade e melhor percepção dos discursos aparecidos nas entrevistas.

Outra limitação seria a pouca interação da escola com os equipamentos que poderiam fragilizar a percepção sobre a realidade da autolesão no contexto escolar em relação à atuação da rede de proteção. A percepção desta não seria de fato o que a escola vivencia em relação à autolesão dos alunos.

Também entendo como limitação eu entrevistar apenas uma pessoa do equipamento, isso poderia dar uma percepção individualizada podendo não ser o que de fato acontece no espaço, pois realizar a entrevista com profissionais que estão atuando nos serviços e equipamentos, proporciona mais vivacidade e percepção mais apurada daquilo que está acontecendo muito mais que nos relatórios e informações contidas nos órgãos públicos. Investigar a percepção de alguém que está diretamente em atuação nos equipamentos e em relacionamento com outros profissionais torna mais próximo da realidade.

A seguir irei expor o conteúdo das entrevistas e coloquei nessa ordem para que eu partisse do coletado na prática empírica para depois confrontar com a teoria, seria partir da realidade dos fatos para conferir com a literatura para perceber as divergências e convergências.

## A AUTOLESÃO:

### INTRODUÇÃO

Neste trabalho decidi manter o termo automutilação nas transcrições das entrevistas que é como é conhecido e usado pelas profissionais participantes, e que se refere ao ato dos cortes na pele com giletes ou faca de maneira superficial, mas que é entendido como provocante de dor e que a pessoa esteja vivendo grande sofrimento além dos incômodos dos cortes. Também nas perguntas feitas às profissionais mantive o termo automutilação em respeito ao que era comum para elas, mas quando exponho no começo desse texto as perguntas feitas, aparece autolesão, mas quando da entrevista o termo usado foi automutilação porque havia mais familiaridade para elas. Não há distinção entre a automutilação e a autolesão para os profissionais e há um consenso de que os cortes nos braços e nas pernas sejam automutilação e de fato não há também um consenso na literatura brasileira sobre o que seja, podendo ser qualquer agressão contra o corpo sem a intenção de autoextermínio (GIUSTI, 2013).

Nas culturas primitivas, modernas e contemporâneas, o corpo pode ser utilizado para se comunicar, como nas sociedades tribais utilizavam marcas corporais, como uma forma de costume para uma passagem. O costume posiciona uma passagem para outra, como uma perda, nascimento, morte e também a passagem da infância para a adolescência (COSTA, 2014).

A prática da automutilação na adolescência pode ser compreendida como forma de resposta às experiências vividas como dilemas diante do mundo infantil e a fase adulta, entre dependência e independência, entre os movimentos pulsionais libidinais e agressivos e suas aptidões de elaboração ou também dúvidas de comunicação com o meio percebido de forma estranha e hostil. Cerca de 90% dos sujeitos que se automutilam começam na adolescência, na faixa etária entre 14 até os 20 anos (ALCICI, 2017).

Esse fenômeno social foi também identificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), que afirma que a automutilação tem aumentado por parte de adolescentes mais velhos e universalmente é a segunda principal causa de morte nesse grupo, sendo a principal ou a segunda causa de morte de adolescentes na Europa e no sudeste Asiático.

As práticas da automutilação nos adolescentes começam geralmente depois da puberdade justamente quando ocorrem mudanças no corpo e na mente deles, que ainda está em formação. O comportamento pode se manifestar de forma compulsiva e repetitiva levando à reação forte de quem está perto quando os sinais físicos são visíveis.

Em 1934 Karl Menninger, psicanalista e psiquiatra, acreditava que a automutilação possuía três princípios essenciais, sendo a agressão para seu interior, que em geral é sentido em relação a um agente exterior de amor-ódio, normalmente a um dos pais; a estimulação, como uma intenção sexual ou puramente física e uma ação autopunitiva cujo indivíduo se recompense ou pague por um “pecado” de natureza agressiva ou sexual.

Percepções como a de Menninger exprimem um pouco da preocupação da psicanálise com o assunto e demonstram uma maneira de olhar para a automutilação que está presente em nossos dias. É um entendimento pautado na dinâmica de relação com a figura paterna e que traz uma doença a ser curada.

A noção de doença ficou fortemente atrelada ao comportamento da automutilação e ela aparece citada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, versão 2008), como sintoma de alguns transtornos mentais e ela aparece em “F98.4 – Estereotipias motoras” com o texto explicativo:

“Transtorno caracterizado por movimentos intencionais, repetitivos, estereotipados, desprovidos de finalidade (e frequentemente ritmados), não ligado a um transtorno psiquiátrico ou neurológico identificado. Os comportamentos estereotipados automutiladores compreendem: bater a cabeça, esbofetear a face, colocar o dedo nos olhos, morder as mãos, os lábios ou outras partes do corpo. Os movimentos estereotipados ocorrem muito habitualmente em crianças com retardo mental (neste caso, os dois diagnósticos devem ser registrados)”  
(Organização Mundial da Saúde, 2008).

Na CID-10, a automutilação aparece como “produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas” (Organização Mundial da Saúde, 2008), como na Síndrome de *Münchhausen* (REIS, 2018). Ainda na CID 10 X78, aparece o termo “Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante” e também aparece como sintoma em “F60.3 – Transtorno de personalidade com instabilidade emocional” também conhecida como Transtorno Borderline (PICCININ, 2021).

Mas também aparece na CID 10 X84 o termo Lesão Autoprovocada Intencionalmente Por Meios Não Especificados praticada dentro da escola e elucidado que

não é qualquer autolesão que me interessa. O adolescente que se autolesiona na escola não tem transtorno severo, mas pratica algo que tem a ver com suas convicções sociais, tem a ver com sensações de satisfação ou até prazer e nem sempre se refere a um transtorno. A CID 10 menciona a autolesão como sintoma de várias doenças e transtornos mentais, mas também tem a situação em que não há transtorno mental e sim há apenas uma prática comportamental movida por outros interesses além de uma patologia apenas. Além do mais, cada pessoa pode ter uma vivência com a autolesão, cada um pode ter uma experiência com esse comportamento que difere daquele que caracteriza uma patologia. A autolesão que aparece na CID 10 não é o que exponho neste trabalho. O que trago aqui é mais ligado a uma interação social, é mais um comportamento movido pelas interações interpessoais e menos nas interações pessoais.

No Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV), a automutilação aparece em três possibilidades diagnósticas:

1. Transtorno do Controle do Impulso não especificado. Nesta situação seria considerada a automutilação quando há busca de alívio do descontrole do impulso.
2. Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Aparece dentre os critérios para diagnóstico.
3. Transtornos de movimento estereotipado com ações autodestrutivas e repetitivas como bater a cabeça contra a parede, se morder, bater no corpo, TOC ou tricotilomania (GIUSTI, 2013).

O DSM-IV traz comorbidades em que a automutilação aparece e isso acontece no transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno de conduta (TC), transtorno opositivo desafiador (TOD), transtornos dissociativos, abuso de substâncias, transtorno explosivo intermitente (TEI), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos alimentares, transtornos dismórfico corporal, transtorno de personalidade *borderline* (TPB), transtorno de personalidade histriônica (TPH) e transtorno de personalidade antissocial (TPA) (GIUSTI, 2013).

Para os Descritores em Ciência da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, 2020), a automutilação seria o “ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo”. Segundo Dalgalarrondo (2008):

“A automutilação seria um impulso ou compulsão seguido de comportamento de autolesão voluntária. São pacientes que produzem escoriações na pele e nas mucosas, furam os braços com pregos e pedaços de vidro, arrancam os cabelos

(tricotilomania), etc. as automutilações leves e moderadas são observadas em indivíduos com transtornos da personalidade borderline, naqueles com transtorno obsessivo-compulsivo e em alguns deficientes mentais. As formas mais graves de automutilação em psiquiatria são a auto-enucleação (extração do próprio olho) e a auto-amputação do pênis, que ocorrem em pacientes psicóticos, geralmente esquizofrênicos em estado alucinatório-delirante e indivíduos com psicose tóxicas, produzidas por alucinógenos.”

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental - DSM V (APA, 2014, p. 804), da Associação Americana de Psiquiatria traz sobre um “comportamento repetitivo do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo” (ANDRADE, 2019).

O grupo de médicos psiquiatras da APA (Associação Americana de Psiquiatria) sugeriu mudar o nome de automutilação para autolesão não suicida (ALNS) em concordância com o termo *Nonsuicidal Self-injury* cuja sigla é NSSI que foi traduzida como ASIS (Autolesão Sem Intensão Suicida fazendo eco às palavras de Walsh 2006:

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 (WALSH, 2006, p.3).

Segundo Walsh (2012), a automutilação se refere a cortes com pouca ou nenhuma cicatriz no corpo não sendo de fato uma “mutilação” ou corte de um membro. Por isso, a automutilação continha uma percepção pejorativa, depreciativa e sensacionalista que marcava negativamente a pessoa praticante o que fez alterar o termo para autolesão (NETO, 2019).

A autolesão não suicida (ALNS), não está diretamente ligada à ideia de suicídio. Geralmente tem mais a ver com uma atitude de cortar a pele na maioria das vezes, mas sem o desejo explícito de se matar, refere-se à necessidade de reduzir a tensão de sentimentos negativos, maneira de lidar com conflitos interpessoais, autopunição ou pedido de ajuda (MOUTIER, 2021).

Após essa explicação, decidi manter o termo usado pelos profissionais participantes das entrevistas que seria automutilação já que esse é o termo usado pelos profissionais dos equipamentos quando mencionam o ato dos cortes na pele com giletes ou faca de maneira superficial, mas que é entendido como provocante de sofrimento e que a pessoa esteja vivendo grande sofrimento além das dores dos cortes. Nos textos com as falas das profissionais mantive esse termo, mas nas discussões adotei o termo mais adequado que seria a autolesão.

### Resultados das entrevistas:

Na tabela abaixo expressei tudo o que apareceu na pesquisa, mais adiante vou dividir essa tabela para discutir as dimensões dos equipamentos.

Equipamento e assuntos	Escola	C T	CAPSi	UBS	ESF
Há demanda	.	.	.	.	
Manejo/protocolo	.	.	.	.	
Frescura	.	.	.	.	
Não sabe o que fazer	.	.	.	.	
Sexualidade/gênero	.	.	.		.
Queixa/ cobrança	.	.	.	.	.
Interação c/ a família	.	.	.	.	.
Classe social/dificuldade	.	.	.	.	.
Riscos se diferenciam	.	.	.	.	.
Escola não procura	.	.	.	.	.
Adolesc. se esconde	.	.	.	.	
Medo de se expor	.	.	.	.	
Vínculo essencial	.	.	.	.	
Falta de afeto	.	.	.	.	

Sofrimento emocional	.	.	.	.	
----------------------	---	---	---	---	--

Tabela 2 – assuntos recorrentes na entrevista com os equipamentos da pesquisa

### Dimensão dos equipamentos

Equipamento e assuntos	Escola	CT	CAPSi	UBS	ESF
Há demanda	.	.	.	.	
Manejo/protocolo	.	.	.	.	
Vínculo essencial	.	.	.	.	
Interação c/ a família	.	.	.	.	.

Nessa dimensão, procurei apreciar aquilo que era ligado ao equipamento, o que se remetia a ele em sua dinâmica com a família e o adolescente.

#### Demanda

No quesito demanda, as profissionais dos equipamentos relataram ter fluxo de famílias e adolescentes que buscam os espaços para interação, exceto a profissional da ESF. Para a profissional desse equipamento, não há demanda de adolescentes com autolesão:

*“Não, aqui não aparece essa situação. Aqui vem adolescente com problema, mas não relatam nada de automutilação. Às vezes vem aqui e não relata, daí a gente passa porque é mais parte clínica geral, né? Eu, desde que estou aqui, nunca peguei! Pode ser que tenha, mas não chega a meu conhecimento e nem até a médica que atua aqui” (Coordenadora da ESF).*

A ESF tem e deve estar capilarizada no território em que está inserida e próxima da comunidade e população a que veio servir. Dentre outros atributos, cuidar das vulnerabilidades e para isso deve considerar a dinamicidade dessa população acolhendo toda a sua demanda (PNAB, 2021).

A natureza do equipamento é estar perto da sua comunidade e isso geraria a demanda sendo porta de entrada para o SUS, mas não ocorre por conta do relacionamento

travado entre o equipamento e a comunidade. Talvez falte preparo para lidar com problemas emocionais.

Para Silva e Engstrom (2020), a lida com adolescentes nos equipamentos de saúde e em especial as ESF que são as portas de entrada, esse público padece de algumas dificuldades vividas ao chegarem nos espaços. A adolescência é vista como uma fase de vida apenas trazendo uma visão negativa ou preconceituosa e com julgamentos prejudicando o cuidado que deveria ser ofertado.

A entrevistada da ESF diz:

*“...Aqui vem adolescente com problema, mas não relatam nada de automutilação” (Coordenadora da ESF).*

Diante dessa percepção da profissional pode acontecer de adolescentes que praticam a autolesão irem ao espaço, mas não falar por receios. Para Marques e Queiroz, os adolescentes relatam queixas dos atendimentos que são realizados por profissionais mau humorados, estressados, ignorantes e que não os escutam. Esses elementos da relação são o bastante para inibir uma fala mais de desabafo dos adolescentes em suas questões subjetivas (Marques e Queiroz, 2012)

A família e o adolescente até chegam no espaço, mas não acontece uma interação que dê abertura para que a autolesão seja notada. A falta de contato da coordenadora da ESF com adolescentes que se autolesionam pode se dar por falta de vínculo. Sua percepção é que se houvesse uma profissional atuando junto das famílias, haveria a penetração na realidade da autolesão e se saberia das queixas sobre isso:

*“Não sei se aqui por ser um posto menor, gere isso. Não sei se tivesse uma assistente social ou mais profissionais, pode ser que aumentaria, eles viriam mais. Aqui a população vem e pega encaminhamento e vai para outra região, entendeu. Não sei o que as pessoas pensam sobre o serviço nosso” (Coordenadora da ESF).*

A ESF, que está na região da escola participante do estudo, a coordenadora afirma que não há adolescentes na região de atuação do equipamento e por isso não há demanda de autolesão.

*“Adolescente de 13 a 18 não chega a 5% da população do território do equipamento, é bem pouquinho mesmo” (Coordenadora da ESF).*

A profissional da escola que afirma ter demanda grande de adolescentes autolesionantes, essa realidade não se confirma no equipamento que atua ao redor dela, no caso, a ESF, que deveria ter contato com essa população, mas não tem.

Mas essa realidade não se repete nos outros equipamentos que disseram ter procura pelos seus serviços com queixa sobre a autolesão.

Em todos os outros equipamentos houve o relato de haver demanda, inclusive do CT que traz um estigma social de ser punitivo e hostil a família e ao adolescente. Diante da pergunta se há procura do próprio adolescente pelo equipamento, a entrevistada disse:

*“Já veio, mas sempre para falar da mãe da colega, da amiga. Por eles próprio, não. Geralmente vêm acompanhado. Sozinho, não. Não me recordo, sempre tem alguém junto. Se vem uma amiga, vamos contatar porque a mãe da coleguinha não é responsável por ela” (Conselheira Tutelar).*

A adolescente se dirigiu até o espaço para buscar ajuda e não se refere a si mesma ao fazer uma queixa. Isso tem a ver com a dificuldade ou receio que a adolescente tem de se queixar, de reivindicar um direito social. Claro que sua idade dificulta, mas não conseguir falar de si e falar de uma colega pode ser por não se ver como sujeito de direitos como afirma o ECA. Outro aspecto é o manejo que foi dito ser praticado pelos profissionais dos equipamentos como a escola, o CAPSi e a UBS. Desenvolver um jeito próprio para lidar com o público adolescente, esse seria o manejo que dizem ter.

### **Manejo/vínculo**

O manejo é algo praticado pelos profissionais dos equipamentos e surte bastante efeito na lida com o público adolescente, mas ele pode ser positivo ou negativo. Pelo manejo se cria vínculo que sugere acolher, uma forma de agir, uma forma de cuidar da pessoa que pode vir fragilizada e por isso o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde (2013), afirma:

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimento e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez de (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá (Ministério da Saúde, 2013 p. 19).

O manejo para lidar com o adolescente passa pelo vínculo em que há afeto, leva tempo e se fortalece pela confiança oferecendo uma escuta qualificada para que se chegue em uma interação que faça sentido para aquele que veio até o espaço e aguarda por uma atenção e consiga se sentir à vontade (CAMPOS, FIGUEIREDO, JÚNIOR e CASTRO, 2014). Cuidar do adolescente sugere olhar para a sua subjetividade sendo imprescindível ouvi-lo abrindo espaço para o diálogo com aquilo que ele traz (Marques e Queiroz, 2012).

A profissional da escola se refere a esse manejo como algo fundamental em sua interação com os adolescentes, principalmente aqueles que praticam a autolesão. A Professora Mediadora diz:

*“Geralmente o aluno que se automutila, não é a automutilação que leva ele a se descobrir, geralmente ele está deprimido, está apático, está escondendo e ele tem outros problemas. O problema dele não é só a automutilação e tem mais coisas. Ele nem vai até você, o problema dele nem é a autolesão, ele é um fenômeno que após se fazer vínculo com ele (aluno), é que ele vai te contar que existe a automutilação, na maioria dos casos” (Professora Mediadora da escola).*

O manejo passa pelo vínculo que é outro elemento valorizado na lida com o adolescente. A profissional da escola vê o vínculo como essencial na dinâmica e para uma atuação eficaz no apoio àquele que a procura. O vínculo sugere confiança e por meio desta que se consegue dialogar sobre os ferimentos na pele:

*“Tem casos em que o professor percebe e não tem muito vínculo com ele em questões emocionais, ele percebe ele (aluno), com lamina, tesoura e coisas na carteira se automutilando e acontece também de colegas e coleguinhas que chegam e falam que fulano está se cortando lá no banheiro, são essas situações que nós percebemos. Nunca vem de cara, na maioria das vezes são outros problemas, está apático, está chorando na sala, está se escondendo, está quieto num canto, daí você vai conversando, faz um vínculo com ele, daí ele já se abre e fala da automutilação” (Professora Mediadora da escola).*

Não basta estar perto da pessoa como é o caso do professor em sala de aula, há necessidade que se faça vínculo para que o adolescente consiga uma interação que lhe seja interessante. Para Brilhante et al (2022), é pelo vínculo que há o reconhecimento do outro pelo adolescente, é daí que é oferecido o valor necessário a quem está diante dele e possa lhe servir de alguma forma.

A profissional do Conselho Tutelar também valoriza o vínculo como ferramenta eficaz do manejo e vivencia situação similar à da escola:

*“Geralmente chegam denúncias, muitas vezes a questão da automutilação nem descritas nessas denúncias. Já recebemos denuncia de abandono, de negligencia dos pais para com os adolescentes e aí percebemos no atendimento que há automutilação que não nos é verbalizada. Geralmente vai de nós termos um manejo para perceber” (Conselheira Tutelar).*

O manejo pelo vínculo entra como uma boa alternativa diante do silêncio praticado pelo adolescente que chega esperando por algo. A conselheira se aproxima do adolescente e chega até a autolesão e tenta mudar aspectos do equipamento:

*“A questão é que a gente quer fazer esse momento presencial, criar mais vínculo para podermos quebrar a ideia de que Conselho é um órgão punitivo. O Conselho vai atuar sim na questão de direito, mas não é um órgão punitivo” (Conselheira Tutelar).*

O manejo usando-se do vínculo entra como algo interessante para a dinâmica que a profissional da UBS tem nas relações com os usuários adolescentes que exigem zelo e proximidade:

*“...eu me aproximei da adolescente e pedi para ela me mostrar sua pulseira porque eu havia mostrado que gostei. Ao fazer isso eu já pensava que havia algum tipo de dor, e vi que havia marcas no punho de automutilação. Às vezes a situação de automutilação chega para nós sem querer” (Coordenadora da UBS).*

O caminho feito pela profissional é pavimentado pelo vínculo e caso essa relação fosse dada sem se abrir para uma proximidade, não teria o desfecho que um equipamento de saúde almeja.

A profissional do CAPSi também faz uso do vínculo como ferramenta do manejo e consegue atingir o público adolescente:

*“Nossa prática aqui no CAPSi sendo de diferentes abordagens ajuda a pessoa a lidar melhor com suas dificuldades pelo fato de sua família não conseguir ouvir e ela não se sentir acolhida. Oferecemos uma atuação conjunta para o usuário e acreditamos que isso seja um bom trabalho de acolhida” (Terapeuta Ocupacional do CAPSi).*

O vínculo entra como uma ferramenta eficaz no manejo para o atendimento ao público adolescente que não se sente ouvido dentre os seus ao passo que a equipe de profissionais pratica vínculos que ajudam no cuidado (ARAGÃO ET AL, 2021).

Um bom vínculo tem o poder de abrir portas, oferecer novidades ao adolescente que pode estar sem saídas, sem esperança diante de suas crises e dores. Pela confiança a pessoa pode desistir do suicídio, quebrar mágoas e parar de se cortar porque a sensação

de solidão que possa existir poder perder força e entrar a gratidão e o sentimento de pertencimento.

Mas também são apontadas fragilidades no equipamento como falta de salas para atendimentos individuais que interfere na qualidade dos atendimentos, principalmente ao público adolescente que valoriza a privacidade nos diálogos e de modo especial ao falar da sua autolesão (ARAGÃO et al, 2021). Essa fragilidade de espaço reservado não atende a recomendação do Ministério da Saúde que diz ser necessário que aconteça atendimento individual para prescrição medicamentosa, psicoterápica e orientação (BRASIL, 2002).

Dos cinco profissionais dos equipamentos entrevistados, quatro relataram ter manejo e frisaram a eficácia do vínculo para lidar com o público adolescente e segundo Cristina et al (2011), que entrevistou 480 adolescentes, a experiência foi a mesma. A pesquisa realizada por ela identificou que essa faixa-etária necessita de um espaço que lhe seja protetor, gere autoestima, bem-estar, responsabilização e competências funcionem em sua dinâmica. Os adolescentes da atualidade vivenciam aflições, medos, angústias, sensações de perda e impotência ao enfrentar conflitos afetivos (CAVALCANTE e CAVALCANTE, 2015).

Dentro do manejo, há a o acolhimento que se torna fundamental na lida dos profissionais com os usuários dos serviços. O Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Humanização (PNH), há o Humaniza SUS que visa dar vigor nas políticas públicas a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS a população (BRASIL, 2010).

Segundo a cartilha de orientação do MS intitulada Acolhimento nas práticas de produção de Saúde, o acolher seria estar junto, perto numa ação de inclusão. Essa prática é de maior importância para da política nacional, supõe ética porque compreende compromisso com o outro, também estética visto que humaniza o trabalho valorizando a vida e o viver e supõe uma ação política ao “estar com” sugerindo protagonismo oferecendo cuidado que insere o outro enquanto protagonista.

Na dinâmica do acolhimento, há o afetar e ser afetado exercendo o cuidar do usuário olhando para o coletivo que ele representa e faz parte. Ganhos ocorrem as que se servem de um bom acolhimento e isso pode mudar realidades quando se oferta uma boa recepção num ambiente favorável já que o vínculo é promotor de saúde

Há que se ter cuidado com o outro, olhar para os mais fracos, saber distinguir os riscos olhando a pessoa e não sua doença e para melhorar a prática do acolhimento, há a adição de outros saberes com a co-gestão, clínica ampliada, formação nos temas da saúde,

direitos dos que se achegam aos locais de atendimento e o estímulo de ações de todos na unidade. Criar uma interação em que eu possa me alterar e fazer isso com o outro para que este faça parte da produção de sua saúde (BRASIL, 2010).

O acolher não seria uma triagem, mas uma conduta ética com trocas de saberes, sofrimentos e criações para que o sujeito faça parte do seu processo de promoção de saúde com escuta e ações de solução de queixas. Envolvimento de outros profissionais nos projetos terapêuticos horizontalizando o cuidado num espaço democrático para discussões e decisões dando acolhimento também às equipes e suas dificuldades. O acolhimento supõe orientação ao sujeito e sua família em relação aos serviços disponíveis, envolver as diversidades culturais, raciais e étnicas, cuidado corresponsável não infantilizador ou opressor.

O atendimento deve contar com a escuta das queixas, receios e desejos das pessoas com capacidade para reconhecer riscos e fragilidades sem desprezar as avaliações feitas pelos usuários. Saber notar riscos implica receber quem se achega com sofrimento psíquico alterando o modelo de fila e o atendimento de quem chega primeiro. Os profissionais podem estabelecer vínculo terapêutico com escuta qualificada observando a demanda com aquilo que é possível oferecer com agilidade seguindo protocolos de atendimento olhando para as necessidades e riscos e não somente para aquele que chegou primeiro e acolher a demanda não agendada.

Na ESF, oferecer rodas de conversas de quarteirão, terapia comunitária, grupos de artesanatos, caminhadas. Na UPA, classificar riscos e na atenção especializada, priorizar aqueles usuários com demandas urgentes oferecendo diagnósticos mais rápidos.

Também proporcionar locais de encontro com as famílias com os profissionais e dar condição para que os profissionais atuem nas discussões e reuniões de equipes de tempos em tempo numa rotina para melhorias possíveis (BRASIL, 2010).

### **Protocolo**

As profissionais dos equipamentos afirmam seguir um protocolo ao lidar com o público adolescente que se autolesiona. Quando fiz essa pergunta, eu queria saber como se dá quando aparece um adolescente no espaço, se há uma maneira de agir que tivesse como foco a pessoa que se achega. Essa prática traz um cuidado e supõe um conhecimento do mundo adolescente para melhor acessá-lo e notar seu sofrimento psíquico:

*“Não, conversamos mais com a mãe e se ela trouxer uma queixa, vamos saber da situação. Não perguntamos diretamente porque eles não iriam se abrir, não se abririam nem para os pais. Daí teria que criar o vínculo, devagar para que se abrissem com confiança” (Coordenadora da ESF).*

A conselheira do CT afirma o mesmo comportamento quando se depara com a autolesão:

*“Muitas vezes eles não sabem nem especificar essa dor, por isso já encaminhamos para que seja trabalhado isso...”*

*“Mas particularmente, quando pego uma situação dessa eu sei que alguma coisa está acontecendo. Já chegou adolescente que eu atendia que ele sentia falta da mãe e não havia questão de abuso porque já atendi que tinha essa questão e a pessoa se automutilava” (Conselheira Tutelar).*

O protocolo é criado para uma melhor atuação profissional de cada equipamento e a colaboradora da UBS demonstra isso:

*“Nesse caso, nós conversamos e tentamos fazer uma sensibilização com a mãe, não entramos no mérito da questão com a adolescente no momento, a gente tentou saber da mãe se ela gostaria de fazer um tratamento [...]. A adolescente dela, a filha mais velha, se automutilava e foi muito difícil a abordagem com ela que na época tinha 15 anos e hoje está com 17 anos. Ela dizia que não queria ajuda no começo, eles ficam mais retraídos e isso na nossa abordagem” (Coordenadora da UBS).*

É feito um percurso para atingir o objetivo de oferecer cuidado e atenção àquelas pessoas que ali estavam e a adolescente era um objetivo. A experiência na escola é na interação diária, a percepção da professora mediadora exige que ela observe aspectos diferentes da autolesão, são comportamentos identificados na prática e na vivência e a atuação se dá pela aproximação e pelo vínculo:

*“Nunca vem de cara, na maioria das vezes são outros problemas, está apático, está chorando na sala, está se escondendo, está quieto num canto, daí você vai conversando, faz um vínculo com ele, daí ele já se abre e fala da automutilação” (Professora Mediadora da escola).*

A atuação do CAPSi é orientada por normas e decretos que dizem como o equipamento deve funcionar, ele é porta aberta e acolhe quem ali se achega e se não for assim, há a busca ativa até a pessoa em sua casa e é necessário um desfecho pois é o “fim da linha” do atendimento:

*“Acolhemos tanto a demanda espontânea que chega aqui quando um familiar vem fazer algo. Esse acolhimento é através do nosso plantão, todos os dias nos dois*

*períodos acontecem os plantões em que um profissional da equipe técnica acolhe e é feita uma primeira escuta com o responsável, com o adolescente ou com a criança também. Depois marcamos um segundo encontro com a criança ou adolescente em que o familiar também pode participar e isso é estabelecido na hora, à medida que vamos observando. Depois dessa entrevista, levamos para discussão na equipe ampliada e decidimos. Se for um usuário que atende aos critérios para ser inserido no CAPSi que são a gravidade do caso e exige uma intervenção mais ampla ou se é algo mais moderado que pode ser encaminhado para a atenção básica ou para o ambulatório de Saúde Mental do município” (Terapeuta Ocupacional do CAPSi).*

O relato da entrevistada afirma que há uma discussão em equipe após as primeiras percepções com a criança ou adolescente para que outros profissionais opinem sobre a demanda. Mas essa é uma orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002)

Aragão et al (2001), em sua pesquisa sobre o CAPS identificou que este equipamento sofre de algumas fragilidades que interferem na sua atuação com o seu público alvo. Uma delas é que há uma falta de comunicação entre os profissionais e cada um faz o que entende necessário e o outro profissional nem fica sabendo dessa intervenção. Também por causa da demanda grande, nem sempre dá para discutir com os outros profissionais a situação que deveria passar por uma atuação diversificada para ter mais riqueza de possibilidades na busca por ajudar o usuário do equipamento. Também ocorrem ações sem planejamento e cada um faz o que bem entende e ocorrem situações em que não há continuidade no trabalho.

Cada equipamento desenvolve o seu protocolo da mesma forma que cada profissional desenvolve sua maneira de atuação e todos se mobilizam quando se deparam com a autolesão adolescente usando de suas habilidades sem contar com apoio ou capacitação alguma. O CAPSi tem um modo mais estruturado de atuação, mas esse é o formato institucional ao passo que os outros equipamentos constroem sua maneira de atuar a partir da lida com os adolescentes. O protocolo de ação do CAPSi é algo que tem um enfoque mais na equipe pois gera proteção e amparo psíquico aos profissionais além de controlar a ação prestada ao adolescente (ARAGÃO, SOUZA, MOREIRA, VALE, CAIXETA e CAIXETA, 2021)

### **Vínculo como essencial**

Todos os profissionais dos equipamentos participantes da pesquisa sinalizaram como sendo essencial o vínculo para uma boa atuação diante do adolescente que se autolesiona. A professora da escola traz mais esse aspecto como fundamental:

*“O mediador consegue por que tem um vínculo com ele, tem um papo, uma conversa constante. Ele se sente à vontade para se abrir e não ocorre o mesmo com as outras pessoas, ele também se abre com o colega íntimo, mas geralmente ele se abre para aquele que faz isso, eles contam e pedem ajuda para aquele que faz o mesmo, fazem rodinha para se automutilar” (Professora Mediadora da Escola).*

O vínculo aparece como algo decisivo para se aproximar do adolescente com as características da autolesão. Uma proximidade com o adolescente numa relação de confiança se faz importante dentro do ambiente escolar e o professor pode desempenhar esse papel oferecendo a possibilidade de escuta expressando confiança (BRITO ET AL, 2020).

Os professores travam relações diárias com seus aprendizes e se torna comum o vínculo, mas o que se sinaliza aqui é um vínculo que dê condição de abertura de sentimentos e segredos, quase uma relação entre mãe-filha, pai-filho. Mas esse estilo de interação torna-se difícil quando se pensa em um ambiente que não há espaço para tanto.

Salvo a atuação da professora mediadora, os professores em sala de aula apontam dificuldades para inserir esse vínculo na relação com os seus alunos e eles dizem que há necessidade de outros profissionais como psicólogos ou assistentes sociais para essa tarefa ou seja, pessoas que tenham condição de mais proximidade com os alunos (BRITO ET AL, 2020).

É necessário uma relação íntima e de confiança e a professora mediadora consegue isso fazendo uso de suas atribuições e se servindo de uma sala para atendimento individual, fato que facilita sobremaneira sua atuação. O vínculo entre a professora mediadora e os alunos da escola vai se fortalecendo a medida que a confiança entre ambos cresce. A professora mostra sua atenção e empatia com o sofrimento dos alunos, demonstra acolhimento e oferta sigilo, algo importante para eles. A partir disso, está aberta a comunicação entre ambos e a certeza de um local seguro e o olhar de um adulto parceiro que garante bons sentimentos entre os mais jovens. A perspectiva de que não serão reprovados cria um ambiente de confiança e é o que buscam, se sentirem apoiados no que pensam e fazem, assim conseguem lidar melhor com seus conflitos internos por que a educadora se faz uma entre eles e uma com eles numa atuação terapêutica.

Na escola ocorrem vínculos negativos também, são aqueles em que há uma liderança adolescente entre seus pares e os admiradores dessa liderança seguem seus ensinamentos lhe oferecendo fidelidade. Ocorrem prejuízos nessa interação porque

rompimento de normas estabelecidas se dão visto que a escola tem seu regimento interno estabelecido. Entre os pares também essa fidelidade a essa liderança poderá não ser positiva, o líder pode exercer brincadeiras excessivas como bullying e se formar um grupo de desafetos dentro do ambiente escolar.

Os profissionais dos equipamentos sabem e se sevem do vínculo para desenvolver e desempenhar o manejo com o público adolescente e assim procurar um protocolo de ação que funcione na interação e surta o efeito esperado que seria ajudar a pessoa a se comunicar de outra forma sem ser pela autoagressão. Mas o vínculo entre os outros equipamentos não é igual oferecido na escola pela professora mediadora. A dinâmica dos ambientes não comporta relações como a que é vivida na escola, que é de contato íntimo recheado de compromisso de fidelidade.

A entrevistada do CAPSi sinaliza isso em seu relato, se não fosse pelo vínculo, o trabalho de aproximação teria sido prejudicado:

*“Havia uma adolescente bastante depressiva, introspectiva e mal fazia contato visual. Tivemos dificuldade de vinculação no começo, chamamos a mãe para conversar, chamamos a avó e as pessoas que moravam com ela para sabermos como a família olha para o sofrimento dessa menina. Ela tinha muita dificuldade e gostava muito de escrever e no início os atendimentos eram individuais passando para grupos terapêuticos com adolescentes e agora na pandemia ela passou para o atendimento individual porque não se podia fazer grupos e aí percebemos o quanto ela se desenvolveu. Ela arrumou um namorado e depois largou dele e disse que se fosse no passado, teria tentado se matar. Hoje quer sair de casa para ter sua vida e notamos que houve ganho de autonomia e nós percebemos que ela não teve cuidados da mãe, só a avó oferecia isso e ela nunca teve o pai. Viviam chamando a atenção da mãe por meio das automutilações por não conseguir verbalizar e também se comunicava pelas histórias de terror que gostava de escrever e sempre dizia que era ela nas histórias. Fizemos um caderno e ela colocava essas histórias e a mãe lia esses escritos e ficava horrorizada e vinha aqui para pedir ajuda e dizíamos que era a dor da sua filha” (Terapeuta Ocupacional do CAPSi).*

### **Interação com a família**

Quanto a interação com a família, o deslocamento das profissionais dos equipamentos se dá por meio de denúncia, encaminhamento ou via Agente de Saúde no caso da ESF. A escola não tem a prática de ir à casa dos alunos, ela fica mais na interação e dinâmica interna do seu espaço:

*“Houve situação em que não pude fazer nada porque não pude contar com os pais, nesses casos eu arrumei psicólogo para tratar o aluno dentro da escola para*

*dar um apoio. Tem aluno que se automutilava, tem ansiedade, depressão e muita angústia e a gente não pode contar com os pais, há pais que são tão arredios que nem os filhos contam com eles e nem a gente. Há aluno que diz: “Se contar para os meus pais minha vida vai piorar” (Professora Mediadora da escola).*

A escola assume uma postura de esperar que a família se mobilize e venha até ela para realizar interação em favor dos alunos e em favor da própria escola. Mas a Base Nacional Comum Curricular traz em seu regimento orientações que visam contemplar cuidados a família no que refere a sua “saúde, vida familiar e social, educação para o consumo, educação financeira e fiscal, trabalho, ciência e tecnologia de diversidade cultural” (BNCC, 2017, p. 17).

A escola deve ir ao encontro da família e não o contrário. Segundo Nogueira, 97% dos pais entrevistados queriam participar da vida cotidiana escolar de seus filhos (NOGUEIRA, 2006, p. 157). Isso mostra que há um desejo de proximidade, mas a instituição deve criar meios para esse processo já que a família não domina aspectos do desenvolvimento dos alunos e espera e busca nela o respaldo necessário oferecendo possibilidade de se sentirem participantes (SOUZA, 2009). A escola precisa de orientação e apoio para ter condição atuar.

No artigo 4º do ECA, há a orientação:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à liberdade e a convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

A dimensão educação é algo que a escola e a família têm que providenciar para o adolescente. Além do mais, em qualquer conversa informal com os professores, a família vem à baila geralmente como vilã pelas mazelas vividas no cotidiano escolar. (SILVA, 2003, p.187). A escola pode assumir o papel de distanciar a família quando o contrário se torna mais interessante, incentivar uma relação mais próxima oferecendo um ambiente de acolhimento para ser discutido situações de interesse de ambas as partes (SOUZA e LUZ, 2014).

A escola tem dificuldade em envolver a família na busca pela solução dos desafios vividos pelos seus adolescentes, mas não procurar solução para essa interação entre família e escola pode se tornar algo que volta negativamente contra ela. A escola atua sozinha na lida com as demandas emocionais dos alunos e busca solucionar questões de saúde não alcançando uma eficácia desejada. Ao mesmo tempo há falta de diálogo dentro

da família que leva o adolescente a não crer em si e ter baixa autoestima, a instituição de ensino teria que promover meios de comunicação entre as pessoas (GOMES e HORTA, 2010. p. 492).

Na lida com o adolescente autolesionante a escola tenta soluções solitárias sem recorrer a família ou os equipamentos da rede. Tenta atender um desejo do adolescente que evita aproximação entre seus pais e a escola para que seus cortes não sejam descobertos, mas essa prática pode prejudicar o cumprimento dos direitos desse adolescente que tem a garantia assegurada pelo ECA de cuidados de sua saúde e tanto a escola quanto a família têm que cumprir essa lei, mas há fragilidades na rede de apoio.

A ESF tem como característica a proximidade com a comunidade local, sua atuação se dá junto das famílias. A proposta é que o equipamento esteja inserido em uma região pequena para ter mais capacidade de adequação a demanda expressa por esse público. Uma figura que compõe o quadro de funcionários é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que costuma entrar nas casas e dialogar como a família para perceber demandas e ofertar cuidados (PNAB, 2012, p. 19).

Mas nem sempre essa situação funciona de acordo com o relato da enfermeira da ESF participante da pesquisa:

*“É usual do equipamento que as pessoas venham até aqui, vão até o posto, a maioria faz isso. Tentamos auxiliar, mas o contrário é o que acontece, não tem como... quando o Agente Comunitário vai até a casa, buscar saber a realidade da família de forma integral, não só no aspecto da saúde” (Coordenadora da ESF).*

A atuação da ESF se dá como porta de acesso do SUS para acesso da família e caso isso não ocorra, o equipamento tem a prerrogativa de se dirigir até o ambiente de convivência familiar e participar momentaneamente da dinâmica e interação dessa convivência. Ainda é prática comum o Agente Comunitário de Saúde sentar e perguntar sobre as queixas e necessidades da família para que ações sejam implementadas.

Mas essa proximidade não dá condição de notar que um adolescente esteja se autolesionando e poder oferecer ajuda ou ao menos dialogar sobre isso com a pessoa para que seja entendido que, caso queira, ela poderá se servir dos cuidados oferecidos. A dinâmica se reduz a família buscar o equipamento naquilo que lhe seja notado como necessário e não se serve de tudo que lhe pode ser oferecido pela ESF.

A enfermeira expressa sua percepção para essa situação quando questionada se ao notar um adolescente na casa, uma proximidade é feita:

*“Não, conversamos mais com a mãe e se ela trouxer uma queixa, vamos saber da situação. Não perguntamos diretamente (aos filhos) porque eles não iriam se abrir, não se abririam nem para os pais. Daí teria que criar o vínculo, devagar para que se abrissem com confiança” (Coordenadora da ESF).*

Para Peixoto (2019, p. 22), um atendimento eficaz ao adolescente se dá pelo ato de ouvi-lo, colocá-lo em projeto terapêutico, dar-lhe autonomia para assumir seu próprio tratamento em que o cuidado gera responsabilização, mas a atuação do profissional tem que ser livre de moralismos e tentativas de controlá-los para que ele se sinta acolhido. Teria que se aproximar até o adolescente mesmo sabendo que ele não está aberto num primeiro momento, mas com o vínculo poderia haver abertura. Mas o contato do equipamento é superficial gerando a consequência de não haver demanda nele.

O CT faz um trabalho de interação com as famílias servindo-se de meios legais quase exigindo uma resposta delas:

*“Mas não temos como ir em todas as casas por causa da estrutura do Conselho, como eu te disse. Temos muita demanda, mas se a mãe não atendeu a uma notificação, reiteramos essa notificação, não atendeu a essa notificação, vamos até a residência” (Conselheira Tutelar).*

Essa proximidade se dá pelo caminho legal via notificação, fato que assusta a família gerando medos e receios e ainda se faz essa interação após uma notificação de modo que algo aconteceu para haver essa reação e não que tenha sido uma percepção espontânea do equipamento. As leis que seriam para proteger podem vulnerabilizar ainda mais o adolescente.

Brito, Nascimento e Rosa (2018) afirmam que o Conselho Tutelar tende a colocar a família como responsável pelos desafios enfrentados pelos seus filhos e de fato a interação empobrecida pode levar aos cortes e ainda há dificuldades na interação entre profissional e família porque há rotatividade dos profissionais nos atendimentos. Assim, o vínculo fica afetado ou inexistente. Para esses autores, o Conselho Tutelar funciona mais para as famílias como local de falar de dificuldades, de ter onde contar o que se está vivendo já que foi o equipamento que se aproximou delas (BRITO, NASCIMENTO e ROSA, 2018).

Em se tratando de autolesão, o CT tem um papel de maior envolvimento pela força da lei 13.819, de 2019 que coloca como obrigatória a intervenção tornando compulsória a notificação pelos estabelecimentos de saúde, públicos e privados. Caso haja uma

notificação para o CT, este deve agir a fim de diminuir a vulnerabilidade do adolescente que se encontra fragilizado (SENADO NOTÍCIAS, 2020).

Mas não há queixas que chegam no Conselho relacionadas a autolesão conforme diz a lei de 2019, salvo aquelas que são notadas na hora do atendimento em que o adolescente está presente ou a pessoa responsável relata numa tentativa de que a situação dos cortes seja reprimida e pare de existir. O equipamento só tem contato com a autolesão quando alguém vem até ele pela notificação ou por outro motivo e estando junto ao adolescente, se torna visível os cortes que despertam a atenção de quem estiver executando o atendimento.

A UBS se esbarra na dificuldade de alta demanda, do grande fluxo de usuários que vem ao equipamento, mas faz busca ativa daqueles que mais necessitam dentro da sua abrangência. A UBS conta também com um ESF funcionando no mesmo prédio e isso dá mais condição de ação, mas fica aquém da necessidade dos bairros atendidos.

*“Não temos perna para isso e não temos uma equipe só para isso. A UBS faz busca ativa de todos os pacientes com situações mais difíceis, vão nas casas saber se ocorreu algo a mais do que já se sabia. Nós atendemos 25 bairros e só fazemos essa busca onde tem programa da família que são quatro bairros, fora nessa situação, a demanda tem que vir até nós ou que tenha havido denuncia ou informação de alguém” (Coordenadora da UBS).*

Ainda que o equipamento faça esforço de atender sua população, há uma realidade que não é conhecida ou percebida e basicamente só o quem chega no local recebe atenção. Essa realidade fica dependente da atitude das famílias que falam de seus filhos que se autolesionam ou os próprios filhos falam. Caso contrário, o equipamento não tomará conhecimento nenhum e sequer saberá da realidade vivida dentro de casa, da mesma forma que a ESF e o CT.

O CAPSi também apresenta dificuldades de atender a demanda e a entrevistada tem uma percepção positiva da busca ativa:

*“Se há um caso grave, temos transporte, vamos a casa. É muito rico porque olhamos para a dinâmica familiar, compreendemos muito mais as situações” (Terapeuta Ocupacional do CAPSi).*

Como o equipamento busca um olhar multidisciplinar sobre os usuários, entrar no espaço de convivência se torna uma ação importante. Isso também ajuda a melhorar a relação com a família que é algo interessante para o bem-estar das pessoas nesse ambiente além de notar o contexto em que o adolescente vive com os seus (ARAGÃO et al, 2021).

As profissionais da UBS e a ESF entram no ambiente familiar e também a do CAPSi faz isso passando a ter uma noção privilegiada daquilo que é vivido na intimidade do lar. Na percepção da profissional do CAPSi, essa ação é importante porque já há uma interação mais direcionada e um olhar mais atento a fim de se perceber como o adolescente está em seu espaço de convivência, isso porque já há uma atenção direcionada a ele.

Há uma dependência de recursos como o transporte que parece colocar em risco a atividade do equipamento que não consegue chegar ao seu público de atenção. O trabalho com saúde mental supõe uma atenção e uma proximidade com a família com visitas e atendimentos domiciliares que faz parte da orientação do Ministério da Saúde para o CAPSi (BRASIL, 2002)

Também é orientado pelo Ministério da Saúde que a família e a sociedade sejam implicados como participantes no tratamento ao adolescente (BRASIL, 2004a). A família tem um papel importante e tem sua responsabilidade no cuidado com a pessoa com sofrimento psíquico, ela é essencial e funciona ajudando a atuação do equipamento fazendo a atuação mais interessante (ZIWCHAK E ARISTIDES, 2019).

### Dimensão da família

Equipamento e assuntos	Escola	C T	CAPSi	UBS	ESF
Frescura	.	.	.	.	
Não sabe o que fazer	.	.	.	.	

Nessa dimensão, procurei observar o que era notado pelos equipamentos em relação ao comportamento familiar frente a autolesão dos adolescentes. Como todos equipamentos travam relação com as famílias, cada um tem uma percepção sobre a dinâmica e interação entre pais e filhos. Não saber o que fazer e ver a autolesão como frescura foi que apareceu como características das famílias.

### **Frescura**

Todos as profissionais dos equipamentos, exceto a da ESF relatam que há a percepção da família que seus adolescentes agem com frescura quando se autolesionam.

Nesse quesito, a profissional da ESF desconhece a dinâmica em seu entorno ligada a autolesão dos adolescentes. Em sua percepção, ocorre uma negação do adolescente em se falar do assunto por não gostar de se abrir com pessoas que não são do seu convívio:

*“Há uma omissão do adolescente que não gosta de se abrir, fazem com amigos, professores conseguem pegar alguma coisa. Meu pai é professor da rede pública e ele diz que vê a automutilação, mas é algo que tem que ter um jeitinho para falar ou se aproximar. Ou quando extrapola o contexto de casa e algum lugar começa a acompanhar como o conselho tutelar” (Coordenadora da ESF).*

Na percepção da entrevistada, o equipamento não consegue adentrar a realidade do adolescente por não desenvolver aproximação criando vínculo. Mas nos outros equipamentos a realidade é outra, a família entende que a autolesão é frescura segundo relato das profissionais entrevistadas. Macali et al (2018), em seu estudo realizado dentro de uma escola com adolescentes de 13 a 18 anos, percebeu que a atuação negativa da família diante de seus sofrimentos aumenta o risco de crises e desejos suicidas.

Na escola participante desse estudo, aparece a queixa de ser frescura a autolesão para a família e é algo visto como ruim porque reflete na maneira como o adolescente lida com isso.

*“O aluno já está com problema, já há uma dificuldade com a família, já há um perfil que se formou dessa maneira e normalmente a família quer negar achando que seja frescura, falta do que fazer” (Professora Mediadora da Escola).*

A entrevistada da escola sinaliza que ocorre na família uma banalização do sofrimento do adolescente e passa-se a olhá-lo como algo que não merece atenção, é muito difícil ver sofrer quem se deveria proteger. Segundo Gabriel et al (2020), com a família e até entre os profissionais da rede que atendem os adolescentes autolesionantes ocorrem a percepção de que seja frescura.

Há uma tendência a banalização do ato e uma percepção de que o adolescente somente queira chamar a atenção (GABRIEL ET AL 2020). No relato colhido na entrevista da escola, vigora uma percepção de que a família não detém uma aceitação daquilo que o adolescente entende sobre si mesmo. O comportamento da autolesão é visto como algo desprezível pela família e não se deva leva-lo a sério. Essa dinâmica leva a

uma descrença naquilo que possa se estar querendo dizer com os cortes pelo fato de já ser denominado como frescura ou falta do que fazer.

“Falta do que fazer” remete a ideia de que o adolescente deveria fazer algo para mostrar que está bem e mereça a consideração dos adultos. A adolescência carregou consigo uma noção estigmatizada de ser uma fase de problemas e desacertos da vida, mas atualmente ela assume novo formato e passa a ser uma fase em si, nada diferente da infância, da adulta ou velhice.

A ESF, por ter uma interação um pouco distante da família e do público adolescente, não aponta a “frescura” como relato da família segundo relato da coordenadora entrevistada. Mas para a conselheira entrevistada, o Conselho Tutelar diz que em suas interações com as famílias há o emprego do termo “frescura” para descrever seus adolescentes:

*“...Alguns pais sabem, mas acham que seja frescura do adolescente, “agora deu de se cortar”, diz o pai. Tem pai que diz para gente, “está fazendo risquinho no braço”, daí quando vamos ver entendemos a complexidade para eles (adolescentes) (Conselheira Tutelar) ”.*

Novamente há a característica de desfazer do comportamento do adolescente que está se autolesionando e agindo como se fosse algo desprezível ou fazendo “risquinhos” apenas.

Mas essa interação em que a conselheira vivencia com o adolescente é fecunda para ele que consegue expressar e ter a percepção de que alguém o percebe e as profissionais do Conselho Tutelar acabam desempenhando esse papel na vida dos seus usuários que têm que ir ali às vezes porque foram obrigados e encontram esse tipo de apoio emocional. As pessoas atendidas pelo equipamento dizem que se sentem ouvidas e que o local é de desabafar os sentimentos e entendem que a ajuda se assemelha a um atendimento psicológico (BRITO, NASCIMENTO e ROSA 2018)

A coordenadora sinaliza que a UBS faz relações marcadas pelo acolhimento e também consegue notar percepções negativas em relação aos adolescentes:

*“A mãe começou a dizer que essa adolescente estava com mania de andar com os braços para traz e com frescura e quando a mãe falou eu já tive um insight por causa desse contexto de drogadição e vendo a mãe roubar as coisas de casa e quando a assistente social foi conversando com a mãe e a avó, eu me aproximei da adolescente e pedi para ela me mostrar sua pulseira porque eu havia mostrado que gostei. Ao fazer isso eu já pensava que havia algum tipo de dor, e vi que havia*

*marcas no punho de automutilação. Às vezes a situação de automutilação chega para nós sem querer” (Coordenadora da UBS).*

Essa atuação da coordenadora da UBS foi numa direção oposta à mãe da adolescente. A profissional notou que se tratava de uma situação de conflito para a menina passando a acolher e tentar entender o que estava acontecendo para ajudar a adolescente. A T.O. do CAPSi também vivencia situações parecidas de percepções familiares de que os adolescentes agem com frescura quando estão se autolesionando:

*“Os adolescentes sentem uma carência afetiva muito grande, há uma falta e a família tende a reduzir isso como frescura, julga, ameniza o sofrimento provocando mais automutilação. A família não dá conta porque até para nós é difícil ver uma pessoa toda cortada, é difícil querer entender o motivo, mas creio que a família quer entender, mas é difícil” (Terapeuta Ocupacional do CAPSi).*

A profissional do CAPSi nota que há uma distância entre a família e seus adolescentes embora ambos almejam um entendimento. A comunicação que os adolescentes fazem é por meio dos cortes na pele e surte efeito porque gera reações nas pessoas. Mas pode ser que nem mesmo os adolescentes saibam o que dizer sobre seus cortes e conseguir provocar um mal-estar nos adultos seja interessante por se saber que as pessoas estão sabendo que algo está acontecendo. O adolescente não é mais criança e consegue fazer uma leitura de mundo e ter sua opinião sobre ele, mas pode ser que ele apenas não consiga expor sua opinião por meio da verbalização e tenha que fazê-lo pela ação corporal.

Por outro lado, a família também se vê incapacitada, sem saber como agir e como fazer para lidar com uma situação delicada dessa.

### **Não sabe o que fazer**

Ainda na dimensão sobre a família, as entrevistadas dos equipamentos trazem o relato de que as famílias não sabem o que fazer diante da autolesão de seus filhos e não sabe lidar com os adolescentes, fica perdida. Exceto a profissional da ESF, todas trazem em suas falas esse aspecto que parece constranger a família que fica também refém da situação.

A professora da escola traz em seu relato aspectos de grande dificuldade na lida com seus adolescentes autolesionantes:

*“Tem bastante casos que acontecem de os pais irem na escola e falam que o filho está se automutilando, que não sabem o que fazer, pedem para observar seus*

*filhos na escola, pedem para ajudar, retirar dos grupinhos, mas é uma parcela pequena. Alguns pais fazem isso, alguns pais mais conscientes e nesse caso os pais levam em psicólogo” (Professora Mediadora da Escola).*

Há um pedido de socorro que a família busca na instituição de ensino e esse é o papel dela de acolher essa demanda. A escola tem que estar aberta e pronta para receber a família porque assim os alunos se sentem melhor. Justamente na fase da adolescência que a pessoa tenta se desvencilhar da família para encontrar um lugar de pertencimento no grupo, o seu jeito próprio de ser, ela se sente sozinha por acontecer interferência de quem somente vê o aspecto negativo da autolesão (SILVIA e DIAS, 2019).

Mas a proposta de a família ir até a escola para encontrar apoio em seus desafios é notada como algo positivo já que as duas instituições podem e devem se ajudar na lida com os adolescentes já que a proximidade pode gerar reflexão e novas percepções numa parceria e ajuda mútua (SOUZA e ASINELI-LUZ, 2014).

A conselheira do CT também percebe em sua atuação a noção da família como não sabendo o que fazer diante da autolesão de seus filhos:

*“Não consigo entender o motivo, mas geralmente é porque a família não dá crédito a pessoa, ao que falam ou não sabe o que fazer” (Conselheira Tutelar).*

Essa resposta da conselheira veio após a pergunta sobre o motivo de os adolescentes esconderem seus cortes. A profissional entende que a autolesão tenha que ser escondida porque o adolescente percebe que não haverá compreensão de seus atos e que seus familiares não saberão lidar se descobrirem. Nessa situação, o CT pode desempenhar um papel importante no auxílio a família oferecendo apoio emocional, material e dando informação e ajudando os pais a enfrentarem seus desafios (BRITO, NASCIMENTO e ROSA 2018)

A UBS também faz movimento diante da queixa da família que diz não saber o que fazer com a autolesão de seus filhos segundo a coordenadora:

*“Nesse caso, nós conversamos e tentamos fazer uma sensibilização com a mãe, não entramos no mérito da questão com a adolescente no momento, a gente tentou saber da mãe se ela gostaria de fazer um tratamento, percebemos que ela tinha um amor, um afeto pelos filhos, mas não consegue habilidade parental ou não sabia o que fazer com as crianças por causa da droga mesmo” (Coordenadora da UBS).*

O comentário da enfermeira veio após a pergunta sobre como é a atuação do equipamento quando algum adolescente chega no local com autolesão. A resposta

demonstra que a mãe, ao menos na visão da profissional, não sabia o que fazer com as filhas.

O cuidado para com a família está para a UBS como algo de suma importância já que as pessoas buscam no espaço esse apoio. A UBS oferecer atenção, orientação e acolhimento que é algo fecundo para que a família consiga fazer ela mesma os cuidados que os seus precisem (LACERDA, 2010). Esse trabalho tem que ser feito já que o equipamento atua junto as famílias, no território delas e há uma necessidade de atenção às dificuldades relacionais entre a família e o adolescente que se autolesiona.

A T O diz que o CAPSi também vivencia essa demanda de famílias que não sabem o que fazer diante da autolesão de seus filhos:

*“A família traz queixas diversas e tem também a da automutilação e chega com a sensação de não saber o que fazer. Quando chegam aqui a situação já está avançada, as relações estão desgastadas com conflitos” (TO do CAPSi).*

O CAPSi age na direção do acolhimento daquele que chega no equipamento, oferece ajuda e não faz julgamentos e esse é o papel dele diante das mazelas familiares. Segundo Morais et al (2020), o conflito familiar em que há sentimento de raiva para o adolescente, aumenta o risco da autolesão, portanto entra como fator de risco, principalmente se o comportamento familiar for de dizer que a autolesão é coisa da adolescência ou frescura e o CAPSi pode e deve ajudar nessa dinâmica.

Algo que tem interferido também na vida e na relação familiar é a internet ou os usos das mídias como ferramenta de comunicação. Segundo Han (2018), a internet destrói o nome daquele que se expressa por ela porque dá a falsa sensação de anonimato e pode funcionar como uma válvula de escape das emoções se tornando uma mídia dos afetos.

Ela tem o poder de democratizar as relações porque não sugere hierarquia não dando bola para o poder porque todos estão em situação de igualdade, mas pode também oferecer desrespeito a valores morais e íntimos das pessoas.

O período de nossa sociedade é de uma revolução digital em que não há vida por detrás das telas, só há pessoas individualizadas e anônimas. Ela somente se torna alguém quando reivindica atenção, mas continua sendo ninguém dissolvida nas massas que compõem o poder embora forme uma classe única. Han aponta a variação social que a dissolução das classes sociais pode gerar por meio da única classe social existente, a classe das massas (HAN, 2018).

A internet tem o poder de prender o adolescente que não consegue reagir, fica submerso por horas dentro de seu quarto sem necessidade de contato e relacionamento com amigos e familiares. Isso leva ao choque com os familiares que reprovam os excessos dos adolescentes. O desejo dos pais que seus filhos sigam carreiras profissionais ou sejam bons nos estudos entra em choque com os desejos dos filhos que querem se servir dos encantos da internet.

Mas ao mesmo tempo o adolescente passa por tédio e indiferença com a vida e a família passa por desânimo por não conseguir lidar com esses desafios. Há uma ausência do outro e um imperativo do igual que se torna um abismo. O adolescente não se sente aceito pela sua família que reprova sua dependência da internet e ambos, família e adolescente não sabem como resolver seus conflitos (ALMEIDA, 2021).

O que parece uma liberdade, vira uma dependência que acrisola o adolescente diante as exigências das redes sociais do corpo perfeito, a felicidade inalcançável, a ausência de problemas e sofrimentos. A família por sua vez, não encontra formas de atuar que consiga ajudar, conflitos podem surgir com distanciamento entre as pessoas. As conversas virtuais são substituídas pelas reais, a ponto de o adolescente não conseguir estabelecer relação fora da redes e as relações reais se tornam distorcidas (SILVA, 2016).

### Dimensão do adolescente

Equipamento e assuntos	Escola	C T	CAPSi	UBS	ESF
Sexualidade/gênero	.	.	.		.
Adolesc. se esconde	.	.	.	.	
Medo de se expor	.	.	.	.	

Na dimensão do adolescente, as entrevistadas dos equipamentos trouxeram suas percepções sobre o comportamento notado dos adolescentes que envolve a sexualidade, o desejo de se esconder e o medo de se expor.

### **Sexualidade/gênero**

Com exceção da UBS, as profissionais dos equipamentos relataram a queixa dos adolescentes sobre dificuldades com aceitação de sua sexualidade e aspectos de gênero e viram isso como fator de provocação da autolesão.

A escola é o equipamento que tem as relações mais fecundas para os adolescentes por ter o maior público dessa faixa etária circulando em seu espaço e com mais probabilidade de expressão sexual. A profissional do equipamento relata que há dificuldade dentro dos lares sobre a sexualidade e isso produz grande sofrimento aos filhos.

Ela conta que em sua experiência já se deparou com situações de abuso sexual em que a autolesão ocorria e entendia como era complexo:

*“Percebemos também a automutilação em crianças que sofreram abuso sexual e se automutilam, é mais difícil lidar com ela porque têm uma angustia grande e um vazio. Conseguem contar na escola ao longo de um processo de acolhimento de atendimento individual e por sentirem confiança falam tudo” (Professora Mediadora da Escola).*

Diante de um abuso sexual, a pessoa se torna de difícil acesso e passa a expressar dor, angustia e vazio sendo necessário paciência e vínculo para conseguir uma aproximação e encontrar um local em que se sinta confortável para se expressar ou falar de algo que queira. É como se a escola fosse um porto seguro em que criança pudesse se abrir sem reservas.

A literatura afirma que o abuso sexual deixa um rastro de culpa, vergonha, tristeza e desvalorização às suas vítimas que podem se autolesionar. Por causa dessas características, a pessoa passa a se maltratar e a provocar autolesão em seu corpo como forma de alívio de suas angustias (DIONÍSIO e QUEIROZ, 2020; ALMEIDA, CRISPIM, SILVA, PEIXOTO, 2018, GIUSTI, 2013, MOREIRA, VALE, CAIXETA e TEIXEIRA, 2020).

A professora da escola ainda sinaliza dificuldades vividas pelas crianças que sofreram abuso sexual e não encontram acolhimento na família e encontram dificuldade nos outros relacionamentos:

*“Às vezes é uma criança que foi abusada, não tem ninguém, mora com a vó que é estúpida e não consegue entender, é agressiva, bate, agride. Às vezes é padrasto e não conseguimos ajuda da família nem para bater um papo, que dirá para levar*

*o filho a um equipamento. Havia uma menina que se automutilava demais e quando se falava para a avó dela, esta surtava e batia na menina. Quando se falava com a mãe não dava certo porque ela não morava em limeira, a menina não tinha pai, era praticamente sozinha, só tinha uma avó que não se podia contar. Diante disso eu tentava fazer vínculo, oferecer algo para ela, tentava que ela se sentisse bem dentro da escola, mas ela era difícil e os professores não a toleravam, diziam que eu passava a mão na cabeça dela e não queriam isso. A menina saía da sala de aula quando não podia, queria falar comigo quando não podia e ficavam com raiva dela e de mim. Ela era perseguida na família e dentro da escola e quando a situação piorava para ela, se automutilava e ficava toda retalhada. Existem vários casos, mas com situações diferentes, uma estrutura e um desfecho e família diferente. Não dá para generalizar, é muito subjetivo, é caso a caso e para entender tudo teria que estudar 200 casos porque se veria 200 formas diferentes” (Professora Mediadora da Escola).*

Essa situação descrita pela professora demonstra necessidade de manejo e disposição para atuar e conseguir oferecer a ajuda. A tentativa de envolver a família no processo parece escapar das possibilidades da profissional. Há uma busca por tentativas de vinculação, mas há desafios para conseguir uma proximidade com os professores que reprovam a menina infringir as regras. Esta escola também age demonstrando as dificuldades em lidar com essa situação e, segundo a professora, faz ações (os professores) que são difíceis para a menina.

A professora consegue uma atuação que é diferenciada em relação aos demais da escola e até parece uma maneira de agir que não é seguida pela própria escola. A atuação da profissional parece centrada nela e não condiz com a escola, se ela deixar a instituição, prevalecerá o formato próprio do espaço acadêmico que não contempla a mesma forma de ação diante de uma aluna que apresente as características de abuso sexual e autolesão.

A escola deve realizar ações de diálogo entre os alunos em rodas de conversa para que os pares se vejam e se ouçam e consigam fazer novas experiências em torno do tema. Caso a professora mediadora continue se servindo de sua relação íntima para conseguir ajudar os adolescentes, muitos podem nem chegar a usar esse serviço (OLIVEIRA e SILVA, 2021; ANDRES e GOELLNER, 2017).

A coordenadora da ESF concorda que haja abuso sexual entre os adolescentes atendidos em sua região, o equipamento atende uma instituição de acolhimento chama em que adolescente com dificuldades em família são inseridos a fim de promover proteção social:

*“Não sei como as adolescentes chegaram no acolhimento, porque para chegar na instituição, há um longo processo e elas não saíram daqui do bairro. Elas vêm abrigadas, ficamos sabendo pouca coisa e lá há as mães sociais que não contam*

*as coisas para gente, mas provavelmente foi vizinho ou familiar o abusador. Alguém ficou sabendo e iniciou o processo e aí elas vêm para o acolhimento da Aldeias e um trabalho é feito para que essa adolescente retorne para sua família” (Coordenadora da ESF).*

Nessa situação, o equipamento nota que há ocorrência de abuso sexual, mas que não chega ao conhecimento do espaço de saúde porque há falhas de comunicação. Também há a característica de não se estabelecer vínculo com a outra instituição para que sejam amenizadas as dificuldades de relacionamento:

*“No acolhimento institucional, que fica na nossa região de atendimento, os internos passam por violações como brigas familiares, dificuldade alimentar, abuso sexual” (Coordenadora da ESF).*

Uma ação de aproximação com o território iria possivelmente corrigir essa distância entre as duas instituições e os adolescentes iriam ganhar em cuidado e atenção. Como a coordenadora diz, “as cuidadoras não nos contam” e isso serve como impedimento para acessar os adolescentes que vivem o abuso sexual e não se sabe se ocorrem autolesões.

Com relação ao abuso sexual, somente as profissionais da escola e da ESF fazem menção, as outras profissionais dos outros equipamentos dizem sobre homoafetividade, mas a escola também faz comentário a respeito disso:

*“Aí piora, piora de vez. Se o menino tiver tendência de automutilação e ainda tiver homossexualidade envolvida, o conflito é muito grande” (Professora Mediadora da escola).*

Essa resposta veio após a pergunta se a homoafetividade afetaria o adolescente que passa por dificuldades nas relações sociais. A resposta é incisiva e alarmante já que deixa nítido que ocorra um estranhamento em torno do tema da sexualidade na relação entre os adolescentes e a família.

O aluno traz para a escola aquilo que está vivendo dentro de casa e há um pedido de ajuda para lidar com a pressão exercida pela família em torno da sexualidade dos filhos. Há uma busca pelos papéis sociais associados aos gêneros em que a mulher tem que ser submissa ao homem e este tem que ser viril e dominador, essa é a “verdade” que a família tentar reproduzir para os filhos (DIONÍSIO e QUEIROZ, 2020).

Para Gonçalves e Silva (2017, p 239), o relato dos alunos adolescentes participantes de uma pesquisa foi de que mulheres e meninos homoafetivos são sensíveis e por isso se autolesionam. Essa ideia pode levar a família a tentar combater o

comportamento de seus filhos por acharem que seja frescura seus cortes e há que ser macho, no caso dos meninos e ser forte no caso das meninas sensíveis.

Os alunos lidam com a ideia de norma para dizerem que homem é heterossexual e não se autolesionam e se praticarem os cortes, são homoafetivos, mas foram educados na família para serem e pensarem assim (GONÇALVES e SILVA, 2017). Mas a escola também é propagadora de preconceitos e violadora de direitos ao exercício da sexualidade seja ela qual for, basta ofuscar as normas aceitas para que haja repulsa e má aceitação (SANTOS, TEIXEIRA, PIRES e SILVA 2017).

Segundo Barros e Ribeiro (2017), Cabral e Souza (2017), a escola tem como atrapalhar na lida sobre sexualidade exercendo preconceitos e exclusões, mas também pode agir para propagar materiais que ajudam na compreensão dos alunos sobre o respeito a sexualidade de cada um e também agir quando ocorrer chacotas e humilhações em seus corredores.

Em relação aos pais, há uma percepção errônea diante do tema sexualidade em que impera o tabu, vergonha de falar sobre e falta de conhecimento e conseqüentemente muita dificuldade entre pais e filhos e ambos esperam que a escola crie meios para falar sobre o assunto (QUEIRÓS et al, 2015).

A escola é capaz de oferecer espaços de diálogo e escuta aos adolescentes e há que se pensar que não há uma patologia instalada no adolescente, mas uma opressão social vivida em que o próprio adolescente experimenta uma homofobia consigo mesmo que lhe causa motivos para a autolesão (BORGES, 2009)

Para Borges (2009), ser gay não significa somente se relacionar sexualmente e afetivamente com pessoas do mesmo sexo, mas ter o jeito homoafetivo de ser, ter comportamentos e atitudes condizentes desse grupo. Mas esse jeito de ser pode levar a choques familiares em que nem sempre os pais estão preocupados com os filhos e sim com eles próprios, com suas autoimagens e com os preconceitos sociais. Ao saberem da homoafetividade de seus filhos, agem com violência e imposição ao modelo hegemônico heterossexual aceito entre os pais (VIEGA e SOUZA, 2018).

A profissional do CT também menciona atender o público adolescente homoafetivo e se refere a esse grupo como sendo enganado pela família:

*“Eles não são aceitos pela sociedade porque, embora dizem que aceitam, aceitam até chegar em sua residência porque quando chega, não querem saber mais. Hoje em dia se diz que homossexual pode trabalhar, mas até que ponto? Começamos a refletir e muitos dizem para a gente. A gente pergunta assim (a uma menina),*

*você tem namorado? Namorado, não, mas namorada. Aí dá vergonha e é coisa que a mãe não sabia. Mas às vezes trazem um jeito diferente, um corte de cabelo diferente e diferente não no sentido de anormal. Eu pergunto se tem namorado para puxar conversa, aí fico sabendo da homossexualidade. Às vezes eles dizem, posso falar? Aí eu digo sim e eles falam que tem um romance com alguém do mesmo sexo” (Conselheira Tutelar).*

Embora a Conselheira relata uma postura um pouco diferente, os profissionais dos equipamentos que atendem ao público adolescente homoafetivo não levam em conta sua sexualidade já que os tratam segundo o sexo biológico que apresentam e sequer perguntam para a própria pessoa como ela se vê, há um imperativo heterossexual na maneira de agir (TAQUETE e RODRIGUES, 2015).

Para Leite (2019), os equipamentos e as políticas públicas atuam numa perspectiva heterossexual não havendo nada que fosse de trato exclusivo ao público adolescente homoafetivo que os considerasse como tal. Também ocorre dentro da família a ideia de que a homoafetividade seja uma ameaça a ela, seria algo anti-família e contra os bons costumes e valores morais gerando enfrentamentos e desavenças (VIEGA e SOUZA, 2018).

Mas a noção da conselheira é que entre os adolescentes, o trato seja diferente:

*“Creio que tenha uma aceitação melhor que com os familiares porque são de uma geração diferente. Isso não era aceito em minha época” (Conselheira Tutelar).*

Em sua percepção, há uma maneira de agir entre os adolescentes que difere a geração atual de outras gerações passadas e difere da percepção da família e dos próprios equipamentos de atendimento sociais e de saúde.

Os adolescentes podem ajudar a surgir uma percepção sobre a homoafetividade menos estigmatizada e menos marginalizada, já que eles são flexíveis quando falam sobre esse assunto (OLIVEIRA, 2015). Mas para Martins-Silva et al (2012), os adolescentes entendem que a homoafetividade pode ser fruto de dificuldades vivenciadas na família como abusos sexuais e maus tratos.

Essa percepção dos adolescentes sinaliza que a família está tendo dificuldade para lidar com seus filhos e isso é confirmado pelo relato da profissional do CAPSi que diz:

*“Muitas vezes a família vem coma queixa da automutilação e quando entendemos o que acontece, vemos que não há aceitação da orientação de gênero. Família não consegue entender que os cortes têm a ver com a não aceitação da sexualidade” (TO do CAPSi).*

Assim como a autolesão é algo velado e escondido pelo adolescente, a homoafetividade também passa a ser algo escondido e com ares de vergonhoso pela família. Consegue-se até notar que há algo acontecendo com o filho por saber que ele se autolesiona, mas não se nota que esse comportamento tem a ver com a represália exercida na sexualidade do adolescente por se entender que essa represália é para “ajudar” o adolescente.

A dificuldade de relacionamento entre a família e o adolescente homoafetivo que gera a autolesão vem com falas amargas e com forte apelo diante daquele que está procurando se entender. A profissional do CAPSi afirma:

*“Chegam aqui dizendo que isso não é de Deus e vem com a religião bem aflorada com aquelas atitudes mais rígidas. Tem família que não, diz que não é esse o problema, mas o adolescente conta outra história de muito preconceito, de não aceitação” (TO do CAPSi).*

A imposição de um valor religioso para tentar convencer o adolescente que sua sexualidade não está correta, é uma ação que pode trazer sofrimento e amargura. A autolesão pode até estar exercendo menos impacto na vida do adolescente, já que sua dificuldade está em não se sentir aceito em casa.

Na percepção da profissional do CAPSi, há mais manifestação de homoafetividade entre os adolescentes na atualidade:

*“Sempre apareceram, mas também tem uma tendência a aumentar. Não sei se é um assunto que circula mais. Pode ser que haja mais manifestações ou mais repressões e a repressão vem de todos os lados, da escola...” (TO do CAPSi).*

Segundo Taquette e Rodrigues (2015), os adolescentes entrevistados em sua pesquisa disseram procurar demonstrações de afetos nas relações com pessoas do mesmo sexo e os envolvimento ocorrem de maneira espontânea e involuntária trazendo sentimentos positivos aos envolvidos. Mas essas experiências trazem sensações de culpa por estarem fazendo algo “contra o que é certo”, por estar negando aquilo que se aprendeu como valor.

Ainda como aspectos dos adolescentes que vivenciaram experiências homoafetivas, os entrevistados vivenciaram envolvimento com pessoas do sexo oposto antes de se auto afirmarem homoafetivos e justamente por isso se sentem estranhos em relação aos pares nas relações sociais e não conseguem entender o motivo disso (TAQUETTE e RODRIGUES, 2015; ZANATA ET AL, 2018).

Diante da sua sexualidade, os adolescentes se sentem inseguros e receosos perante a sociedade e a família que mantêm formatos heteronormativos de agir levando em conta os aspectos homem/mulher como regra na interação com os seus filhos em que se espera um papel a seguir segundo seu sexo biológico (SIMPSON, MIRANDA, MUNDO e AZEVEDO, 2007).

A autolesão aparece nesse contexto em que o adolescente, não querendo afrontar os pais, nega para si mesmo que sinta desejos pela pessoa do mesmo sexo expressando a situação conflitiva para seu corpo ou mostrando que o corpo é seu. Mas pode ocorrer também de o adolescente passar a se esconder em todas as relações sociais, na escola, na família, na rua, nos jogos ou na balada (SIMPSON, MIRANDA, MUNDO e AZEVEDO, 2007).

O CAPSi foi o equipamento que mais se mostrou sensível aos conflitos dos adolescentes em relação a sexualidade. A profissional demonstra um cuidado ao lidar com as questões dos adolescentes, mas isso se dá diante daqueles que chegam até o equipamento e a tendência é que o adolescente permaneça sozinho lidando com suas crises dentro de seu lar que é o lugar de maior dificuldade para ele assumir sua sexualidade por ser o local de maior conflito entre ele e sua família (VIANA, 2007). Justamente onde se espera cuidado e acolhimento, ocorra mais enfrentamentos e violência, a família usa de diversos artifícios para tentar inibir a sexualidade dos seus filhos (VEIGA e SOUZA, 2018).

Em relação ao gênero, a profissional da escola expõe a questão dando uma percepção clara colocando aquilo que os alunos dizem a como reagem nas interações sociais dentro do espaço acadêmico em relação a autolesão:

*“Enquanto ou tinha umas dez meninas, eu tinha uns dois meninos. Os meninos têm mais vergonha, se escondem mais e se abrem menos. Acredito que há algo de sociedade, menina tem mais aceitação social quando expressa suas fraquezas que os meninos que tem que ser homem não podendo ser fresco. Homem tem que ser saudável, menina já é mais livre para manifestar sentimentos, ela é mais aceita, tem mais segurança social para manifestar seus sentimentos” (Professora Mediadora da Escola).*

Essa resposta veio a partir da pergunta se há mais incidência entre meninos ou meninas a autolesão. A professora mediadora afirma que os meninos têm que ocultar seus cortes porque há o imperativo de serem fortes o tempo todo, precisam parecer o que não estão sendo e isso pode ser um tormento e ainda têm que serem saudáveis.

Em contrapartida, as meninas podem e são aceitas quando demonstram seus sentimentos e fragilidades, a elas é resguardado o direito de serem frágeis e sentimentais, mas quando se autolesionam, preocupam os demais. Essas são as normativas sociais que dão o contorno na vida dos adolescentes que vivem seus conflitos e angústias e às vezes se sentem só diante das imposições que a sociedade e a família lhes colocam.

A entrevistada da escola faz outra referência à interação com a família e a sociedade:

*“Dificuldade com a família e situações que vem desde o ventre materno, passando pela educação e depois confrontando com ele mesmo que não adquiriu confiança, não teve vínculo e agora encontra uma sociedade austera, uma escola austera, difícil, uma sociedade que não lhe dá segurança ficando ele desamparado não sabendo para onde correr” (Professora Mediadora da Escola).*

Após viverem os ensinamentos e educação falha dentro de casa, a família e a sociedade cobram do adolescente aquilo que não lhes foi ofertado como a confiança, segundo a professora. Essa confiança seria a de que ele poderia ser o que quisesse ser sem que houvesse repressões.

A entrevistada também fala da autoestima do adolescente que vivencia crises entre os pares gerando dificuldades:

*“Meninos e meninas que não se sentem atraentes, que não conseguem se sentirem aceitos no grupo, tem baixa autoestima. Quando a pessoa espera por alguém que se interesse por ela no grupo e isso não acontece, ocorre mais dor e mais automutilação” (Professora Mediadora da Escola).*

Nessa fala, há a interação de grupo configurando como uma ameaça ao bem-estar do adolescente. A percepção é que se não houver boa interação no grupo, haverá autolesão e uma característica marcante são as interações grupais para os adolescentes. O corpo como sinal de repulsa entre os pares provocando autolesão que também mexe com o outro. O corpo como caminho para as interações e comunicação social.

### **Adolescente se esconde/medo de se expor**

As profissionais dos equipamentos relatam que os adolescentes têm o comportamento de se esconderem por medo de se exporem quando passam pela autolesão e também quando há dificuldade de se expressar dentro de casa. Embora a autolesão seja uma exposição de sua dor, há o desejo de que ninguém veja os cortes:

*“Havia um menino que se mutilava no peito e na barriga, está mais grave, ele tentava esconder e se torna mais difícil de ser acessado, tanto pela família quanto por outras pessoas” (Professora Mediadora da Escola).*

Esse adolescente se autolesiona numa região de difícil acesso e não queria ser notado, ocultar seu comportamento seria um caminho satisfatório encontrado:

*“Havia uma menina que se automutilava demais e quando se falava para a avó dela, esta surtava e batia na menina” (Professora Mediadora da Escola).*

Não poder dizer dentro de casa que sua autolesão gera a necessidade de se esconder e viver sob o medo por saber que haverá represália e reprovação é algo difícil para o adolescente que tem que lidar geralmente sozinho com suas questões, há o medo da incompreensão. Mas também pode ser quando o adolescente vive conflitos com a escola:

*“A menina saía da sala de aula quando não podia, queria falar comigo quando não podia e ficavam com raiva dela e de mim. Ela era perseguida na família e dentro da escola e quando a situação piorava para ela, se automutilava e ficava toda retalhada” (Professora Mediadora da Escola).*

E pode acontecer de o adolescente se esconder e sentir medo diante dos colegas de sala:

*“Nunca vem de cara, na maioria das vezes são outros problemas, está apático, está chorando na sala, está se escondendo, está quieto num canto, daí você vai conversando, faz um vínculo com ele, daí ele já se abre e fala da automutilação” (Professora Mediadora da Escola).*

Nessa situação o adolescente sente necessidade de se esconder seus sentimentos de todos a sua volta, o medo parece tomar conta e só com calma e paciência a profissional consegue uma interação em que seja possível conversar e dialogar sobre as dificuldades e a autolesão. Ela deixa claro o quanto oferecer um lugar de escuta ao adolescente pode ser importante para diminuir o medo e a necessidade de se esconder:

*“No caso da mediação, ele vai quando há na escola o profissional da mediação. O aluno busca, mas nunca por causa da automutilação, ele busca por outros motivos, por estar triste, por estar chorando, por estar depressivo, por estar desanimado com a vida, aí ele busca a mediação e mesmo assim, a última coisa que ele fala é que se automutilava. Ele não se abre, só o faz no decorrer da conversa que ele sente o vínculo com a mediadora, aí ele até consegue mostrar seus cortes e aí se consegue ajuda-lo” (Professora Mediadora da Escola).*

O adolescente que não consegue se sentir bem na escola ou em casa, encontra um local que lhe faça sentido e lhe cause bons sentimentos apenas por ter alguém que ouça suas queixas e desabafos. Esconder algo para alguém encontrar pode ser um caminho prazeroso, alguém está querendo saber o que tenho para mostrar, alguém quer saber meu segredo. A autolesão servido como meio de sentimentos prazerosos.

A entrevistada da ESF diz que o adolescente tem a necessidade de omitir sua realidade:

*“Há uma omissão do adolescente que não gosta de se abrir, fazem com amigos, professores conseguem pegar alguma coisa” (Coordenadora da ESF).*

Diante dessa omissão do adolescente, a profissional não se dirige até ele quando está em visita a casa:

*“...conversamos mais com a mãe e se ela trazer uma queixa, vamos saber da situação. Não perguntamos diretamente porque eles não iriam se abrir, não se abririam nem para os pais. Daí teria que criar o vínculo, devagar para que se abrissem com confiança”.*

*“Aqui vem adolescente com problema, mas não relata nada de automutilação. Às vezes vem aqui e não relata, daí a gente passa porque é mais parte clínica geral, né?”*

*“A pessoa que não fala que tem essa característica e não tenho como saber” (Coordenadora da ESF).*

A omissão, o se esconder se torna uma dificuldade para a aproximação da profissional que não consegue acessar e nem ajudar tornando difícil seu trabalho de contato com a comunidade, mas uma atitude de ir até a pessoa, se interessar por ela, mostrar empatia e acolhimento sem julgamento seria um caminho para acessar esse adolescente que pode querer alguém perto de si. O comportamento do adolescente não justifica o distanciamento da profissional do equipamento de saúde que tem como função oferecer seus serviços à comunidade.

A conselheira do CT também diz que há a necessidade de o adolescente se esconder e passa por temores quando chega ao equipamento. Quando foi perguntado à entrevistada se há demanda clara que chega no espaço, essa foi a resposta:

*“Sim, tem demanda e vem velada” (Conselheira Tutelar).*

A profissional tem que ser atenta para notar que há adolescente que vem até o equipamento e que passa pela autolesão. Pode ser que a pessoa tenha receios de ser

descoberta pela família, não querer ser descoberta de modo algum ou justamente querer que a descubram para que consiga ter alguém que possa dividir seu mundo interno.

Para a coordenadora da UBS, a percepção é de que haja dificuldade de falar da autolesão por conta de vergonha do ato em si:

*“Acredito que seja por vergonha do próprio ato, vergonha de admitirem ou dificuldade ao verem o que fizeram, vergonha de admitir o motivo” (Coordenadora da UBS).*

Nessa situação, pode haver uma adesão pelo adolescente àquela percepção de que a autolesão seja frescura ou falta do que fazer. Também pode ser porque a pessoa se sintam errada dentro de casa.

*“A mãe veio aqui para buscar tratamento para a filha e eu tentei falar com a menina e ela não se abria, mas eu não tenho a habilidade de abordar o tema como um psicólogo teria e eu vou até onde sei que posso, se vejo que a pessoa está se fechando, eu paro porque eu posso atrapalhar algo na terapia dela... às vezes eu não consigo abertura, eu tentei com ela, perguntei porque você está fazendo isso, você está precisando de alguma coisa? Ela se fechou e nós a encaminhamos para o médico e ele encaminhou para o psicólogo e psiquiatra e ela teve que tomar medicação” (Coordenadora da UBS).*

Diante do fechamento da adolescente, a profissional se intimida e fica sem saber o que fazer, teme atrapalhar. Sua percepção é de que um psicólogo saberia como agir, mas o que talvez fosse necessário seria um acolhimento que gerasse a sensação de parceria e cuidado para que qualquer interação acontecesse já que essa sensação pode não estar acontecendo dentro de casa (BRASIL, 2013).

A T.O. do CAPSi afirma que em seu espaço também há dificuldade quando a família vem junto com o filho pedir ajuda:

*“A família fala dos cortes, o adolescente não fala. Vem de agasalho mesmo estando calor e aí há todo um processo de chegarmos na queixa que fez a pessoa buscar o serviço” (T O do CAPSi).*

O comportamento de se esconder é frequente nas interações com os equipamentos e é notado que há dificuldade do adolescente em ser inserido socialmente, de ter sensação de pertencimento e que passa a se proteger em grupos:

*“A pessoa não se sente pertencente e cria um grupo paralelo, tem grupos na escola que se automutila, tem grupos nas redes sociais e pelos grupos se sentem pertencentes, serem acolhidos pelos pares que se comportam igual e tem a mesma*

*identificação. Também tem as questões homoafetivas que aparece muito aqui e a família não aceita” (TO do CAPSi).*

O adolescente é estimulado em sua dinâmica social a encontrar uma maneira de lidar com suas questões e uma solução seria pertencer a um grupo com características semelhantes já que isso lhe daria sensação de força e bem-estar por ter outros que tem a mesma maneira de agir e pensar. O grupo seria uma forma de enfrentar os desafios sociais impostos:

*“Acho que vivemos em uma sociedade muito intolerante com as diferenças e isso gera muito sofrimento. Muito das pessoas que chegam aqui, não se enquadram nos padrões e não são socialmente aceitos, seja pela autoimagem, seja pela condição cultural seja pela imposição social em que o adolescente tem que seguir para pertencer a um grupo” (T O do CAPSi).*

A autolesão entraria como um passaporte para aceitação em um grupo seletivo e com características que daria sensação de pertencimento que lhe falta em outros grupos. Esse seria uma maneira de dar um significado a autolesão que não seria algo ruim, mas uma característica que gera bons sentimentos ao saber que não está sozinho. Esses sentimentos são caros ao adolescente que precisa estar inserido e participante em grupos para conseguir encontrar o que lhe faça sentido.

Ainda ocorre um questionamento social dos dispositivos impostos dos bons costumes e boas maneiras aceitas, o grupo da autolesão seria também o grupo dos homoafetivos, dos corpos fora dos padrões de beleza, dos comportamentos não condizente com os esperados pela sociedade. Esse grupo seria mais um modo de libertação das amarras sociais e os cortes no corpo representaria isso e traria prazer e satisfação ao adolescente.

O adolescente que chega ao equipamento é o que não está conseguindo fazer parte da sociedade austera citada pela entrevistada. Um perfil que não se encaixa nos moldes exigentes impostos e que tem que ser socorrido pelo equipamento que passa a ser um refúgio para aquele que não consegue se “enquadrar” nas leis sociais.

Mas a profissional do CAPSi também percebe fragilidade em saúde mental e entende que criar espaço de fala sem reservas pode ajudar os adolescentes a lidar com suas questões:

*“Saúde mental pode deixar as pessoas insegura, mas pudesse haver mais roda de conversa e os adolescentes pudessem ser acolhidos e não ficar no tabu, não vamos*

*falar sobre isso para não contaminar os outros adolescentes. Creio que haja muito dessa lógica sendo que o movimento seja o contrário, vamos falar sobre isso para desmistificar essas questões e possamos acolher essas pessoas, entender por onde passam” (T O do CAPSi).*

Sugestão simples a entrevistada coloca como solução, deixar o adolescente falar sobre seus cortes lhe daria sensação de liberdade e poderia ser menos necessário se esconder. Aqueles que não estão inseridos nos grupos formados na escola, teria condição de falar e ouvir dos pares sobre o assunto, isso lhe daria possíveis novas percepções e novos envolvimento dentro dos espaços comuns de convivência e daria possibilidade de os outros adolescentes olharem de maneira diferente a autolesão.

Pode acontecer um abandono da escola por causa da sensação de rejeição por causa da autolesão, essa situação seria semelhante ao que o adolescente sente em sua própria família ou círculo de amigos.

*“Muitos acabam abandonando a escola por se sentirem diferentes, todos vão olhar o meu corte e vou ser diferente e não serei acolhido nessa diferença e vai perdendo o interesse pela escola” (T O do CAPSi).*

O local de convivência coletiva funcionando como algo excludente do comportamento da autolesão gerando sentimentos desagradáveis ao adolescente e levando-o a deixar a escola. Esconder-se e passar pelo medo pode se tornar algo constante na vida de uma pessoa que se autolesiona.

### **Aspectos que surgiram nas entrevistas com os equipamentos:**

#### **Relação familiar**

Nas falas das entrevistadas apareceram situações que me chamaram a atenção por estarem ligadas a autolesão. A profissional da escola entende que um dos motivos para que haja a autolesão seja sentimentos de solidão, de angústia e vazio interior e por não se sentir compreendido:

*“Solidão, angústia, vazio interior e é algo próprio da adolescência ficar em grupo e que se torna uma referência para ele esse grupo. Com certeza ele vai buscar um grupo que se automutilava, é por afinidade, ele pensa que aquele que se automutilava vai compreender o que ele sente que é um vazio imenso, uma angústia imensa e uma falta de esperança, não sabe que caminho seguir, quer extravasar” (Professora Mediadora da Escola).*

Esses sentimentos podem acompanhar o adolescente em sua trajetória que já ela é marcada por enfrentamentos e desafios pessoais e sociais. Sua dinâmica é recheada de incertezas e dúvidas que lhes geram aflições com necessidades de sentimento de acolhimento e segurança.

Essa fragilidade também vem da interação com a família que pode ser a causadora dos sentimentos negativos ou não:

*“O aluno já está com problema, já há uma dificuldade com a família, já há um perfil que se formou dessa maneira e normalmente a família quer negar achando que seja frescura, falta do que fazer, que a escola é culpada...” (Professora Mediadora da Escola).*

Nessa situação aparece a dificuldade familiar como base para a autolesão e por outros momentos, a profissional relata isso:

*“Mas houve situação em que o aluno contou para o pai e este bateu em seu filho na escola mesmo. O pai disse assim: “Você está cortando o peito, devia cortar o pescoço ou pode deixar que eu corto para você”. Tem pai que não tem sensibilidade com o filho, não consegue compreender, quer punir. Aí o filho vai ter outro comportamento de autopunição como a droga e piora a situação. Mas isso não é comum, tem casos e casos. Tem pai que ignora, não te ajuda, não ajuda o filho, não quer saber, esquece que o filho está se automutilando, não procura psicólogo” (Professora Mediadora da Escola).*

A dificuldade de relacionamento familiar sendo um artifício disparador para a autolesão. A profissional entende que há uma dificuldade na interação entre pais e filhos:

*“Não conhece, não tem conhecimento do filho, não tem sensibilidade, não tem um vínculo com o filho porque se o filho está assim, já é porque está sozinho, não tem um diálogo, está tentando sair de seus problemas por ele mesmo, está se auto realizando da maneira dele porque não pode contar para o pai e para a mãe, não tem um contato de coração a coração para receber apoio. O pai está preocupado com sua vida e o filho está sozinho, então não apoia, não ajuda e o filho não conta com o pai, nem vai falar porque sabe que não vai ter apoio. Tem aluna que fala que se falar em casa ficará pior, irá apanhar, ficar de castigo, se eu contar em minha casa aí sim fico de castigo, não saio mais do meu quarto. Houver situação em que não pude fazer nada porque não pude contar com os pais, nesses casos eu arrumei psicólogo para tratar o aluno dentro da escola para dar um apoio. Tem aluno que se automutilava, tem ansiedade, depressão e muita angustia e a gente não pode contar com os pais, há pais que são tão arredios que nem os filhos contam com eles e nem a gente. Há aluno que diz: “Se contar para os meus pais minha vida vai piorar”. Daí a gente não conta e faz vínculo com o aluno e busca fazer projeto dentro da escola com psicólogo para dar um suporte, um apoio, não chega a ser psicoterapia, são grupos de apoio” (Professora Mediadora da Escola).*

Pais e filhos passam por desafios na interação, falta de contato, de se conhecerem e se perceberem, os pais não sabem o que fazer quando descobrem que seu filho se autolesiona. A adolescência e o convívio familiar passam a ser mais desafiador, tudo por causa do formato de vida que assumiram. Tanto a família e o adolescente não sabem como reagir, tanto a escola também não sabe como reagir.

*“...o pai não aceita, há pais arredios demais, não tem o que fazer com o pai. Tinha pessoa lá que quando chegava, fazia barraco, gritava com a criança e quando chegava em casa, batia na criança. Então o aluno nunca quer que o pai saiba, então não tem o que fazer. Se caso a gente perceber que a situação está muito grande, teria que chamar o Conselho Tutelar, mas a criança implora para que não se faça isso porque ela conhece sua família e sabe que irá piorar a situação. Que a criança poderá ter que sair de casa, por isso ela tem muito medo, são crianças muito medrosas, desconfiam de tudo” (Professora Mediadora da Escola).*

A interação fica desgastada e o adolescente sofre com o medo de qualquer intervenção da escola e a profissional comenta sua percepção sobre o motivo disso:

*“Não há vínculo com o pai e a mãe. Não há intimidade, mora cada um em seu mundinho, moram juntos, mas cada um em seu mundinho. A mãe vive a vida dela e a criança vive sozinha num canto, ouve música, chora no quarto e se automutilava nas horas de aflição. Isso são o que elas falam, meninas bonitinhas que dizem: “Ai, chorei escutando música e depois me deu uma angustia muito grande e comecei a me cortar”” (Professora Mediadora da Escola).*

A falta de afeto e compreensão dentro de casa passa pelo interesse, pela construção de relação. Falta de interação, de troca recíproca de sentimentos de afeto, falta de intimidade entre pais e filhos. Cada habitante da casa vive como se fosse só, não acontece proximidade e a professora conclui:

*“São doenças deles, são constituições de família, geralmente são casais que não se dão bem, tem dificuldade financeira, história de agressividade, transtornos, bebida alcoólica, família desajustada” (Professora Mediadora da Escola).*

Em sua análise, a família está doente, passa por dificuldades financeiras, há agressões e uso de bebidas alcoólicas, desajustes que mostram que o casal não está bem. Em sua percepção esses são os fatores que podem provocar a autolesão nos adolescentes que pegam para si as mazelas familiares.

Para a profissional da ESF, também há dificuldades vividas na família que atingem o adolescente:

*“É algo do contexto, do ambiente né?! Infelizmente. Não que o adolescente por ser pobre já tenha o sofrimento mental, mas sabemos que tem o fator da omissão (dos responsáveis), só que logo que se descobre, já busca tratamento, né?! Isso quando se tem mais recurso financeiro, infelizmente” (Coordenadora da ESF).*

Para a coordenadora, a dificuldade financeira entra como fator de risco para a autolesão, mas também ocorre negligência dos pais.

Quando perguntado no CT sobre características sociais da família que vivenciam a autolesão, a profissional responde:

*“A classe social é bem visível, bem visível” (Conselheira Tutelar).*

Sua percepção é de que a classe social interfere no comportamento da autolesão, ocorre mais entre os adolescentes pobres. No caso, a classe social baixa, com pobreza que é bem visível quando ocorre queixa no equipamento.

Mas também ela observa dificuldade de relacionamento familiar:

*“A mãe tinha dois empregos para sustentar tudo e não estava presente para ele. Eu tive contato com essa mãe e ela disse que trabalhava em dois empregos porque era só ela na casa. Essa mãe trabalhava a noite e deixava essa criança sozinha, então a situação não se desenvolveu do nada, fazia sentido a queixa. Quando a criança acordava, não achava ninguém e ela tinha sete anos. Hoje ela já é um adolescente e a lembrança desse abandono, dessa negligência é sentida. Ele sentia falta da mãe a noite e quando acordava de dia e hoje se recorda disso e vem a sensação de abandono. Mas a automutilação começou na adolescência” (Conselheira Tutelar).*

Uma particularidade apresentada pela entrevistada do CT foi de notar a autolesão da mãe de uma adolescente:

*“Já atendi mãe que se automutilava, inclusive na presença dos filhos. Aí indicamos tratamento porque todos descrevem a dor que sentem fisicamente como sendo menor que a dor interna” (Conselheira Tutelar).*

O único equipamento que relata essa experiência, a de atender uma mãe adulta que se autolesionava:

*“...uma mãe com transtorno psiquiátrico que reproduz isso para uma criança e um adolescente que geram muito contexto, como Conselho Tutelar tenho que estar muito atenta. Às vezes uma mãe já foi atendida por aqui, hoje ela é avó e já tinha*

*“sido atendida enquanto filha. Passa de geração em geração em geração uma situação formando um ciclo. Provavelmente essa neta, não querendo ser pessimista, reproduzirá o formato que vem na família” (Conselheira Tutelar).*

Uma pessoa com transtorno psiquiátrico pode levar a diante essa característica transmitindo para os filhos sua enfermidade e também ensinando a autolesão no entendimento da profissional. Essa situação é peculiar porque um comportamento é transmitido de geração para geração formando um ciclo.

A coordenadora da UBS também associa casos de autolesão a situação financeira da família:

*“Sim, vinculado a dificuldade financeira e familiar” (Coordenadora da UBS).*

Outras dificuldades podem surgir:

*“Mas pode haver alguém próximo da família preso, às vezes uso de droga, às vezes falta de emprego, muitas mães recebem bolsa família e há quem poderia trabalhar, mas não trabalha ou não tem trabalho formal. Às vezes pega sexta básica aqui e em seu cadastro dá para ver que faz anos que não trabalha. Quando a assistente social entrevista, ela anota tudo, quantos benefícios a pessoa recebe, se ela já foi ao PAT (Posto de Atendimento ao Trabalho), ela não foi, parece que é algo que não faz parte da realidade deles, não têm perspectiva e acredito que o adolescente vai crescer com a mesma ideia”” (Coordenadora da UBS).*

A dificuldade vivida pela família é entendida pela profissional como um comportamento adaptado diante da pobreza em que não há interesse por um emprego. Não há perspectiva de mudanças ou melhoras sociais por parte dos adultos da família e que ensina o adolescente a viver no mesmo formato.

A autolesão entendida como uma falta de sonho ou perspectiva de vida para o adolescente, pode ter muitos significados, mas o sofrimento é certo. Ainda ocorrem negligências que agravam esse contexto que tem cobranças excessivas:

*“São pais que não incentivam a estudar, fazer cursos, você vai na casa e vê que a mãe mora com seus pais mesmo tendo vários filhos e esses filhos vão tendo outros e ficando todos juntos. Ainda há o medo da polícia, medo que descubramos outras coisas que eles fazem. Eles encontram um “conforto” nessa situação, de não terem que mexer nessa situação” (Coordenadora da UBS).*

A adolescência é movida também pelo incentivo dos adultos que ajudam a enfrentar os desafios da idade. Nesse caso os adultos não conseguem uma interação que ajude a melhorar o contexto social deles:

*“...tem muita adolescente grávida de 19, 20, 21 anos e quando perguntamos sobre estudo elas dizem que pararam no oitavo, no sétimo, no primeiro ano, de um modo geral há uma baixa escolaridade. São famílias que não estão preocupadas com a escola, falta incentivo” (Coordenadora da UBS).*

A negligência dos pais interferindo na dinâmica social do adolescente que busca na autolesão um consolo.

*“Eu não tenho dados, mas pelo que atendo, meninas abaixo de 25 anos que engravidam não têm uma escolaridade completa, são poucas meninas que chegaram no segundo grau, quando têm o segundo grau, planejaram a gravidez e são mais velhas” (Coordenadora da UBS).*

A falta de escola como fator de risco para meninas com pouca idade:

*“...quando engrávida, já saiu da escola faz tempo, quando ela já está com 18, 20 anos, já deixou a escola há tempos. Primeiro abandona a escola e depois engrávida” (Coordenadora da UBS).*

Diante da pergunta se isso acontece por causa de pressão social, a enfermeira diz que falta pressão no sentido de incentivo:

*“Não, pressão não. A não ser que fosse uma pressão positiva, como eu que não tive a oportunidade de parar de estudar, meu pai não deixava. Tem meninas que param com treze anos e isso mostra pais que não têm controle dos filhos, permitem os filhos não irem à escola, são negligentes na educação. Isso quando há pai e mãe, mas quando há só a mãe, quando chega a idade de 12, 13 anos, perdem totalmente o controle dos filhos” (Coordenadora da UBS).*

E ela continua a falar dos impactos da negligência dos adultos ante a fragilidade dos filhos adolescentes:

*“Entendo que adolescentes que saem da escola geralmente têm a família desestruturada com pais presos, ou só há a mãe e por isso ela não tem controle, ou só tem padrasto ou mora com avós, ou que vai na APAE. Tem também adolescentes que abandonaram a escola mesmo tendo pai e mãe” (Coordenadora da UBS).*

Independentemente do tipo de família ou da sua composição pode ocorrer negligência, segundo a enfermeira, mãe solo pode não conseguir manter os filhos na escola por falta de controle. Na comunidade pobre, há fragilidades que atingem os adolescentes que não contam com o apoio dos pais e passam a fazer escolhas que na visão da profissional não são boas:

*“Penso que seja assim, as pessoas namoram, estudam, arrumam emprego e se casam e têm filhos, aqui não se vê essa dinâmica. Aqui uma adolescente arruma um namoradinho e já decidem morar juntos com 16, 19 anos e já diz que o cara é seu marido. Quando chega uma menina grávida, ela diz que ele é seu marido. Não se tem uma ideia de que se dava primeiro terminar os estudos para depois ir morar juntos, a mãe da menina não se importa com essa situação e isso é normal por aqui” (Coordenadora da UBS).*

A enfermeira afirma que a autolesão venha como consequência do formato da relação familiar com o adolescente:

*“Entendo que ocorra em adolescentes com famílias desestruturadas, já ouvi falar que em convênio aparece muito por causa do excesso de recursos que o adolescente tem e sofre por isso, como se os pais tentassem oferecer bens materiais sem se oferecerem e fica um vazio na vida do adolescente. Em minha família há um adolescente que falou em suicídio e que tem tudo, estuda em escola particular, tem celular caro, anda de Uber para todo lado e acredito que não tenha dificuldade na vida. Eu não vivi dificuldade financeira, mas meus pais me criaram para viver sozinha, me virar e conseguir o que eu precisava. Hoje em dia os adolescentes têm tudo pronto, mas a vida é desafio, há objetivos que temos que alcançar. Poder aquisitivo pode trazer vazio e a família desestruturada do pobre pode trazer a automutilação, mas tem exceções em que haja um transtorno mental por traz. No caso da minha família, é só para chamar a atenção porque os pais trabalham o dia inteiro e dão tudo que o menino quer, ele tem que chamar a atenção de alguma forma e falou em suicídio, a família ficou desesperada” (Coordenadora da UBS).*

Em sua visão, a autolesão acontece entre os adolescentes pobres com famílias desestruturadas, mas acontece também em ambientes com mais recursos financeiros em que bens materiais são abundantes e os adolescentes precisam chamar a atenção para serem notados:

*“Acho que sejam aspectos familiares, ou pelo menos geralmente seja isso. Seria a relação familiar, o amor. Eu sou mais conservadora e entendo que os pais têm que ensinar a buscar as coisas e se você tem uma família boa, a pessoa vai buscar, mas se não há, fica difícil, a vida fica meio sem objetivo. Não acredito que a pessoa tenha que sofrer, mas um mínimo ela tem que buscar” (Coordenadora da UBS).*

Ela entende que o necessário para o adolescente não sejam os bens materiais ou que a falta deles seja um causador da autolesão, mas o que falte seja o amor, a presença e o cuidado dos adultos.

Na mesma linha dos equipamentos anteriores, a TO do CAPSi também percebe em sua dinâmica os desafios enfrentados pelos adolescentes em suas famílias:

*“A automutilação é dinâmica, geralmente está ligada ao contexto familiar, social, mas não sei dizer o porquê e é algo tão singular e não consigo pensar em algo mais genérico” (TO do CAPSi).*

Na percepção da profissional, ocorrem situações diferenciadas dos outros equipamentos porque chegam para ela famílias que querem internar seus filhos por não saber o que fazer:

*“É um sistema da família que se vê no desespero e se sente muito impotente diante da situação e também por não conhecer o serviço da rede de assistência do município e entende que uma internação irá resolver. Às vezes os casos de automutilação vêm com desejo suicida que agrava bastante o quadro e aumenta o desespero da família, que é compreensível” (TO do CAPSi).*

A profissional precisa saber lidar com as crises envolvendo esses momentos difíceis da família e ela parece compreensível com a dor da família. Mas ela também observa aspectos de negligência que podem aparecer nesses momentos:

*“Também há a situação em que a família não quer se responsabilizar, quer terceirizar o cuidado” (TO do CAPSi).*

A situação é conflituosa e carregada de sentimentos de desamparo e desespero, mas o caminho da interação e do diálogo é a melhor solução:

*“Não se olha a pessoa, o ambiente que ela mora, o contexto social e aí acaba a reduzindo a pessoa a condição de doença e se esquece de olhar o sujeito” (TO do CAPSi).*

Facilmente a família olha para os sintomas e esquece que ali está seu filho ou filha:

*“Muitas vezes a família não consegue perceber o quanto ela é responsável por esse sofrimento. Os adolescentes sentem uma carência afetiva muito grande, há uma falta e a família tende a reduzir isso como frescura, julga, ameniza o sofrimento provocando mais automutilação. A família não dá conta porque até para nós é difícil ver uma pessoa toda cortada, é difícil querer entender o motivo, mas creio que a família quer entender, mas é difícil” (TO do CAPSi).*

A família tenta amenizar a dificuldade vivida desprezando a autolesão, mas isso gera mais eventos autolesionantes. Se o adolescente quer se sentir ouvido, percebido, reduzir sua ação a apenas um ato de frescura não irá surtir bom efeito, antes trará dores e amarguras.

Até para os profissionais do equipamento é difícil olhar para a pessoa autolesionada, quanto mais para a família que convive, pode ser que o desespero interfira nessa relação. A entrevistada conta uma experiência:

*“Havia uma adolescente bastante depressiva, introspectiva e mal fazia contato visual. Tivemos dificuldade de vinculação no começo, chamamos a mãe para conversar, chamamos a avó e as pessoa que moravam com ela para sabermos como a família olha para o sofrimento dessa menina. Ela tinha muita dificuldade e gostava muito de escrever e no início os atendimentos eram individuais passando para grupos terapêutico com adolescentes e agora na pandemia ela passou para o atendimento individual porque não se podia fazer grupos e aí percebemos o quanto ela se desenvolveu. Ela arrumou um namorado e depois largou dele e disse que se fosse no passado, teria tentado se matar. Hoje quer sair de casa para ter sua vida e notamos que houve ganho de autonomia e nós percebemos que ela não teve cuidados da mãe, só a avó oferecia isso e ela nunca teve o pai. Viviam chamando a atenção da mãe por meio das automutilações por não conseguir verbalizar e também se comunicava pelas histórias de terror que gostava de escrever e sempre dizia que era ela nas histórias. Fizemos um caderno e ela colocava essas histórias e a mãe lia esses escritos e ficava horrorizada e vinha aqui para pedir ajuda e dizíamos que era a dor da sua filha” (TO do CAPSi).*

Esse é um exemplo da eficácia de oferecer a possibilidade de escuta ao adolescente com alternativas de comunicação sem ser a da autolesão. O equipamento conseguiu exercer seu papel de dar voz a adolescente que não conseguia sozinha expressar suas necessidades para a sua mãe:

*“Antes a mãe não entendia, depois de um processo, ela começou a entender. A menina escrevia em pedaços de papel e a mãe nem notava que ela fazia isso. Depois ela começou a perceber auxiliada pelas intervenções do CAPSi e começou a ler os escritos porque aqui começamos a falar para a filha e para a mãe que aquilo era uma forma de comunicação. Também dizemos a menina que aquela poderia ser uma forma de comunicação com sua mãe e ela aceitou por não precisar de palavras” (TO do CAPSi).*

Ao mesmo tempo a mãe conseguiu perceber sua filha e ouvi-la:

*“...por causa dessa maneira de comunicação, começou a diminuir os cortes e aumentar a comunicação. Depois disso, começamos a fazer o atendimento bem de Terapeuta ocupacional mesmo, elaboramos o caderno que continha a capa, o tema, as histórias e a partir disso ela ia trazendo as questões individuais dela. Diminuiu bastante os cortes e essa mãe passou a acolher mais e se colocar como parte desse sofrimento. No início ela era bastante resistente, dizia que não sabia porque a filha era assim, eu faço tudo para ela, não tem necessidade de nada, mas essa mãe era ausente e a menina morava com a avó e acolhemos essa mãe por entender que para ela também não era fácil. A menina antes se cortava muito, se agredia e havia muito sofrimento com algumas tentativas de suicídios. Sempre*

*a família vinha e dizia que não resolvemos e que a menina teria que ser internada” (TO do CAPSi).*

A mãe se esforçava, mas não conseguia oferecer à filha a sensação de ser ouvida. Até internação a mãe pensou, mas não era necessário nada além de se dispor a compreender a adolescente.

### **Desafios enfrentados pelos equipamentos**

Cada profissional dos equipamentos vivencia desafios e queixas em sua experiência diária lidando com as demandas de cuidado e atenção a população. A da ESF lamenta não ter condição de ação por dispor de pouco funcionário:

*“Não sei se tivesse uma assistente social ou mais profissionais, pode ser que aumentaria, eles viriam mais” (Coordenadora da ESF).*

Uma profissional a mais atingira a falta de contato que o espaço tem com as famílias:

*“Eu acho que perceberia mais a necessidade de recuso como cesta básica, leite ou alguma coisa. Ela iria conhecer um pouco mais, principalmente os da abrangência porque os agentes comunitários conhecem e compartilham com a gente. Eu não sei, acho que seja o acesso, a distância sabe?! A dificuldade são os usuários, não sei se isso mudaria...” (Coordenadora da ESF).*

*“Ela iria até as famílias e perceberia algumas falhas ou dificuldades. É usual do equipamento que as pessoas venham até aqui, vão até o posto, a maioria faz isso. Tentamos auxiliar, mas o contrário é o que acontece, não tem como...” (Coordenadora da ESF).*

O local conta com o Agente Comunitário de Saúde, mas sua atuação é limitada:

*“O agente é limitado, vai só até uma rua demarcada e não abrange todo o território. Depois daquela rua, ele não vai e isso é pela característica do serviço. Mas o agente busca auxiliar em tudo a família, seu convívio, sua saúde, sua necessidade, ele traz para gente e corremos atrás para ajudar” (Coordenadora da ESF).*

A profissional de saúde lamenta que venham poucas pessoas procurar a ESF, mas a unidade de saúde não realiza busca ativa nos bairros para melhorar essa realidade e entende que seria bom fazer:

*“Acredito que sim. Mas busca ativa fazemos em nossa área. Para sair dessa área, teríamos que fazer trabalho com escolas, com a comunidade, sair do posto e*

*acessar a comunidade. Mas a escola do nosso entorno, que é o Castello Branco, recebe pessoas de vários bairros da cidade e nossa capacidade fica restrita ao nosso bairro. Daí seria um trabalho de rede (rede de apoio), que viabilizasse a comunicação com outras realidades” (Coordenadora da ESF)*

Em relação a autolesão, ela entende que há necessidade de mais atenção:

*“Dentre tantas outras, essa é uma delas. Tem as feridas em si, mas algumas podem causar, né? Acho que a pandemia poderá aumentar os casos de automutilação. É algum tipo de sofrimento” (Coordenadora da ESF).*

Ela sinaliza constrangimento ao reconhecer que o equipamento poderia fazer mais:

*“Podemos começar, né? ” (Coordenadora da ESF).*

A educadora da escola vive desafios na lida com as famílias que são atendidas na unidade. Ela tentar estabelecer uma relação que seja favorável ao adolescente que vive dificuldades, mas se esbarra em incompreensões e incapacidade de melhorar a dinâmica escola-família:

*“Houver situação em que não pude fazer nada porque não pude contar com os pais” (Professora Mediadora da Escola).*

A entrevistada lamenta pela complexidade em lidar com as mazelas vividas pelos adolescentes:

*“...a escola é culpada e na maioria dos casos, assim como a escola, os pais não conseguem enxergar que seja um problema” (Professora Mediadora da Escola).*

A professora mediadora fala de sua função que é solitária:

*“A escola não vê com bons olhos o atendimento individual e isso creio que seja fruto da formação dos diretores que querem manter o controle de funcionários e alunos. Sai do controle um profissional e um aluno ficar retirado num espaço na escola, não está dentro do contexto da coletividade. Há um desejo que se tenha um tratamento coletivo e não individual” (Professora Mediadora da Escola).*

A visão que a professora mediadora tem sobre a autolesão não é a mesmo dos professores e a direção da unidade. Ela lamenta a falta de apoio dentro do espaço:

*“Diante disso eu tentava fazer vínculo, oferecer algo para ela, tentava que ela se sentisse bem dentro da escola, mas ela era difícil e os professores não a toleravam, diziam que eu passava a mão na cabeça dela e não queriam isso. A*

*menina saia da sala de aula quando não podia, queria falar comigo quando não podia e ficavam com raiva dela e de mim. Ela era perseguida na família e dentro da escola e quando a situação piorava para ela, se automutilava e ficava toda retalhada” (Professora Mediadora da Escola).*

Em sua atuação com uma adolescente que se autolesionava, entendia que deveria ser ofertado um tratamento diferenciado para conseguir ajudar a aluna:

*“ (Em minha sala), eles tinham liberdade de dialogar, de falar, de chorar e se abria bastante porque a gente não julgava e era uma salinha do repouso para eles, um lugar de confiança para fugir do rigor da escola. Lá o tratamento era diferente, não havia punição, julgamento, grito, xingo, coisas que na sala de aula tinha” (Professora Mediadora da Escola).*

Sua sala seria de acolhimento diferente de todo o resto da escola, o restante dos ambientes seria de dificuldades e turbulências para a adolescente.

Quando perguntado sobre a maneira que os professores entendem a autolesão, ela diz:

*“A grande maioria vê como moda, como falta de se ter o que fazer, não enxerga como algo que precisa ser tratado. Enxerga como algo que precisa de apanhar, não vê como um conflito, uma doença que precisa ser tratada. Alguns professores conseguem acompanhar, entender o processo, mas é a minoria; a maioria em geral, não consegue entender” (Professora Mediadora da escola).*

Mas não são só os professores que pensam dessa forma, perguntando se essa percepção vale para os outros membros da escola, ela diz:

*“Sim, toda a equipe escolar. É raríssimo quando pensa que seja um problema, acha que é frescura, moda, falta de apanhar, só isso...” (Professora Mediadora da Escola).*

Ela sinaliza que a escola consegue ajudar quando o adolescente se sente compreendido:

*“Quando a escola, professores e outros gestores que não entendem, o adolescente fica pior ainda, não se sente acolhido, se esconde e não se consegue ajudar. Agora, quando a mediação ajuda, conversa com a pessoa, com os pais, acaba melhorando” (Professora Mediadora da escola).*

A conselheira do CT também trouxe queixas na sua dinâmica de ação social. Sua queixa se direciona ao relacionamento com os usuários do equipamento. Como o equipamento tem como atributo a defesa dos direitos da criança e do adolescente, há que

se promover a garantia da execução desses direitos e daí vem os desafios porque chegam denúncias:

*“Daí temos que acionar a GCM (Guarda Civil Municipal). Para nós não há problema algum em ir com a GCM, mas as famílias têm muito receio de um conselheiro chegar junto coma aguarda. Dizem: “Você chamou a polícia em minha casa!?”” (Conselheira Tutelar).*

A polícia assim como o CT, seria uma segurança para a execução de uma ação que normalmente poderia não ser muito tranquila por averiguar uma denúncia. Mas o simbólico no imaginário das pessoas é carregado de más impressões quando a polícia chega à casa de alguém pelo formato repressor contido nela. Ainda mais se a denúncia for de maus tratos, a situação pode ficar bem mis complexa. Diante da pergunta se a presença da polícia interfere, ela respondeu:

*“A polícia interfere, mas deixo bem claro e falo “Precisei vir, era uma denúncia! ” Se é denúncia de maus tratos, não sabemos o que vamos encontrar e precisamos atuar e não posso esperar ter carro, tenho que acionar a guarda. Se eu deixar, posso não encontrar mais essa criança ou adolescente, inclusive com vida. Temos que intervir, em casos em que há um familiar, deixamos com ele, quando não há, enviamos para o acolhimento institucional” (Conselheira Tutelar).*

O ofício do conselheiro tutelar é exigente e requer ação rápida e certa quando há a possibilidade de alguém morrer principalmente uma criança ou adolescente. É compreensível a participação da força policial, mas ela percebe o quanto de negativo essa prática carrega e mancha a reputação do equipamento:

*“Sim, tem grande diferença. Quando eu chego com o carro branco do conselho que tem escrito na porta do veículo CEPROSOM, que está a serviço do Conselho Tutelar, há uma reação das pessoas. Quando chego junto com a polícia, há uma estranheza, uma dificuldade” (Conselheira Tutelar).*

A execução do trabalho que requer aparato policial deixa marcas na população que passa a desconfiar da ação do equipamento que vem para promover a garantia de direitos. Ainda que não houvesse a presença da polícia, o órgão seria visto negativamente:

*“O Conselho Tutelar ainda é visto como um órgão punitivo, então é assim: “Chamaram o Conselho para mim, vou perder o meu filho! ” E aí refletimos com a família assim, qual a negligencia que está tendo hoje? Quando há situação de negligencia. Qual a violência que está tendo hoje? O Conselho Tutelar vai trabalhar para revisitar os serviços. Claro que há casos que há riscos de a criança ou adolescente perder a vida, precisamos retirá-la imediatamente. Mas quando identificamos que a família só precisa de um acompanhamento, ou da assistência social, ou da equipe do CREAS por exemplo, a gente já faz*

*encaminhamento para esse serviço porque o Conselho Tutelar é um órgão autônomo que vai requisitar serviços na área da educação, da saúde, judicial, dentre outros serviços” (Conselho Tutelar).*

A imagem que o equipamento carrega é de um órgão repressor, corretivo e punitivo e a profissional explica que nem sempre é assim:

*“Ó, houve uma denúncia, não significa que seja verdadeira ou não, preciso verificar. Exemplo, já houve denuncia que a criança estava passando fome, a mãe não faz comida e ainda bate na criança. Largamos tudo e vamos lá ver. Quando chegamos, a mãe mostra uma criança aparentemente saudável, a mãe apresenta caderneta de vacinação em dia, mostra a residência. “Onde seu filho dorme”? “Ah, meu filho dorme aqui”! A mãe diz que dorme com o casal, ou num quartinho. A criança está passando fome, daí vamos na cozinha e a pessoa me mostra e geralmente tem comida, a mãe me mostra e diz “Eu fiz almoço, você viu que tem almoço”? Eu digo, “Sim, eu vi que tem almoço”! Daí me mostra a dispensa, então é um caso que eu vi e já descarto, coloco uma devolutiva para quem registrou a denúncia e que provavelmente seja briga familiar, aí acaba embaraçando nosso trabalho porque largamos algo para ir atrás dessa criança que está passando “fome”” (Conselheira Tutelar).*

A profissional do equipamento assume uma postura de averiguação e entra na intimidade das famílias para saber se algo está errado. Essa postura se torna similar à da polícia e a profissional diz que isso é usado por terceiros para benefícios próprios:

*“A pessoa vem e diz que suspeita que seja o pai, muitas vezes o pai até se identifica. Eu ouço o pai e ele diz “A minha mulher, ela age assim”. Então até por questão de ética, a gente não menciona que a denúncia veio dela, embora muitas vezes eu saiba que foi o pai que denunciou a esposa e digo que foi anônima. Se eu disser quem denunciou, o conflito familiar vai ficar maior. Então sempre oriento, se você não está contente com a guarda compartilhada ou só com as visitas a cada 15 dias, contrata um advogado ou entra pela defensoria e já pede ou solicita uma revisão, né?! Por exemplo, é para eu pegar a cada 15 dias, mas a mãe da criança não deixa, você registra um boletim de ocorrência, vai na defensoria pública ou contrata um advogado que mova uma ação em que diz, “Olha juiz, foi determinado e a mãe não está cumprindo”! Não é trabalho de o Conselho fazer isso porque o Conselho não determina guarda, não vai determinar visita, pensão. Apenas fazemos a orientação e qual serviço ou órgão a pessoa deve buscar orientação diante da situação que ela está passando” (Conselheira Tutelar).*

A polícia age para manter a ordem e a lei, o conselho faz ação parecida e é instrumentalizado:

*“Muitos advogados pedem para vir ao Conselho por saber que é mais fácil. Daí já dizemos: “Olha, fale para o seu advogado que o Conselho não é feito para isso, não é uma ponte”! Muitas pessoas chegam aqui e dizem “Um mês atrás meu filho ou filha sofreu uma violência”! E hoje? “Hoje está comigo”. Mas qual foi a*

*violência? Meu advogado pediu para eu vir. Então informe seu advogado que se uma criança está sendo estuprada, na hora acione a polícia, porque é caso de polícia! Até para que essa pessoa agressora receba a penalidade que está na lei civil. Daí sendo, ele já entra em contato com o Conselho e diz “Essa criança não pode permanecer nessa casa”! Muitas vezes já é caso que o conselho já acompanha, e se não tem, os equipamentos têm, então a gente a liga acionando um equipamento e que a criança já seja acompanhada desde a avó e chegou na criança a situação” (Conselheira Tutelar).*

A profissional reconhece a fama do equipamento e entende o modelo repressor historicamente vivido no passado:

*“A gente já tem um contexto, né!? Antes do ECA havia a lei do menor e já tinha essa questão, mas no popular, no cotidiano, nosso trabalho é sigiloso e caso de abuso sexual, violência física... tem muitas questões em que o familiar ataca a criança com pau, com fio, usa “n” formas de agredir uma criança. Vizinhos nunca vão imaginar que aquela pessoa faz isso. Por exemplo, já chegou uma denúncia por parte de alguém bem próximo da família que estava bem dentro da residência e a gente ser quase que ser linchado pela população que gritava “Ela é uma mãe trabalhadora, não deixa faltar nada. Por que o Conselho está fazendo isso”?! Não podíamos falar para aqueles vizinhos que a criança estava exposta a um risco de violência sexual” (Conselheira Tutelar).*

Ela busca referências em situações de risco de uma violência sexual se manter, para justificar sua ação enérgica, mas faz uma referência tímida ao código de menores que era severo com o menor infrator. O modelo repressor era o mesmo adotado hoje, só que é usado ante a pessoas supostamente infratoras, no caso, o adolescente pobre e sem condições de mudar sua realidade.

Após o Código de Menores, houve sucessivas imposições de restrições ao adolescente que não se encaixavam nos moldes sociais e isso caminhou como herança para as famílias que exigem dos filhos aceitação desses moldes. Hoje o equipamento atua junto a famílias que não se enquadram aos moldes sociais e são legítimos quando entram nos espaços familiares para cobrar.

A ação dos profissionais do equipamento é quase que exclusivamente direcionado a classe pobre e sem muitos recursos:

*“Sempre conversamos aqui que seria bom que não houvesse nenhuma situação, só que sabemos que as situações de violência não acontecem somente com as pessoas de baixa renda, pessoas que não tenham uma estrutura familiar. A violência acontece em todo lugar, mas o que geralmente chega para a gente é de pessoas de baixa renda e das periferias” (Conselheira Tutelar).*

Até o colegiado dos profissionais que atuam no espaço percebe a fama do equipamento e se constrange com ela:

*“A questão é que a gente quer fazer esse momento presencial, criar mais vínculo para podermos quebrar a ideia de que Conselho é um órgão punitivo. O Conselho vai atuar sim na questão de direito, mas não é um órgão punitivo. As vezes somos levados a agir e quando chegamos com a polícia, as pessoas se assustam e confirma que somos um órgão punitivo porque o hospital, já falou, a escola já falou... todos os equipamentos já falaram” (Conselheira Tutelar).*

Há um consenso social e entre outros órgãos quanto ao perfil punitivo do CT e há uma cultura que mantém essa fama, mas a profissional concorda com essa fama:

*“...por conta de o Conselho ser um órgão mais punitivo, vai tomar meu filho. Por exemplo, uma criança ou adolescente vítima de abuso, encaminhamos para que seja feito o boletim de ocorrência e já encaminhamos essa pessoa para tratamento psicológico. Até por conta da situação da criança que precisa ser tratado melhor. Mas tem muitas famílias que tem receio” (Conselheira Tutelar).*

A técnica da UBS enfrenta desafios em relação às características do público atendido pelo equipamento que se situa em um bairro populoso e de classe de baixo poder aquisitivo em sua maioria. Ela cita dificuldades com as famílias:

*“Semana passada, fizemos uma visita sobre uma denúncia de uma moça usuária de drogas e estava roubando a família e chegando lá descobrimos que havia uma adolescente que se automutilava e tinha 13 anos. A mãe começou a dizer que essa adolescente estava com mania de andar com os braços para traz e quando a mãe falou eu já tive um insight por causa desse contexto de drogadição e vendo a mãe roubar as coisas de casa” (Coordenadora da UBS).*

Aqui uma ação parecida com a do Conselho Tutelar, a profissional entra em uma casa para averiguar a pertinência de uma denúncia. O formato repressor que veio como herança do modelo escravocrata do Brasil passado surge na dinâmica do equipamento.

O uso de drogas aparece nos relatos da profissional e quando perguntado como é quando há alguém com comportamento da autolesão, ela responde:

*“Nesse caso, nós conversamos e tentamos fazer uma sensibilização com a mãe, não entramos no mérito da questão com a adolescente no momento, a gente tentou saber da mãe se ela gostaria de fazer um tratamento, percebemos que ela tinha um amor, um afeto pelos filhos, mas não consegue habilidade parental com as crianças por causa da droga mesmo” (Coordenadora da UBS).*

A enfermeira convive em sua prática com a droga em sua dinâmica de atendimento:

*“Há um caso de uma família que já era acompanhada há muito tempo e a mãe já tinha dois filhos, um morreu na casa por nascer por asfixia e não foi esclarecido. Temos certeza que não foi intencional, mas houve negligência, a mãe sofreu muito, mas foi negligente por causa do uso de drogas” (Coordenadora da UBS).*

O desafio enfrentado é lidar com as mazelas vividas pelas famílias e lidar com o uso de drogas que permeia a vida das pessoas no local:

*“...a maioria já nasceu nesse contexto conturbado de família de mães com filhos de vários pais ou pai preso, desestruturada tanto financeira quanto no comportamento, falta de habilidade parental. Tivemos um caso de uma filha que foi abandonada pela mãe e foi criada pela avó, essa mãe foi morar em um mato próximo de sua casa para fazer uso de drogas” (Coordenadora da UBS).*

A profissional faz referência a um comportamento que passa pelas gerações e há uma convivência com essa realidade das pessoas que frequentam o equipamento de saúde. A comunidade pobre que vive o drama do uso de drogas em sua dinâmica de vida. Perguntado se há conexão de droga com a autolesão, ela diz:

*“Ao menos em nossa realidade tem sim. Nessa população que atendemos sempre tem algo de droga ou abandono familiar” (Coordenadora da UBS).*

A “desestrutura familiar”, que seria a falta de um rigor nos costumes e regras da família, aparece nos atendimentos realizados no local que envolve drogas e autolesão. O referencial da profissional do equipamento é de uma família bem formada, que seria de pai, mãe e filho em que haja trocas de afetos com mais presença das figuras paternas e sem dificuldade financeira. Caso não seja assim, a autolesão aparece:

*“Essa mãe sempre se queixa dos pais das meninas e faz isso (usar drogas), na frente delas e agora as meninas estão adolescentes de 15, 16 anos e um dia a mãe pediu para a mais nova mostrar o braço e havia autolesões e a mãe disse que ela só chorava. Eu acredito que o contexto em que a menina viveu vendo a mãe passar dificuldades, sem a atenção do pai, mudando de casa, a situação financeira complicada, mas não acho que a pobreza seja um problema, mas a desestrutura familiar” (Coordenadora da UBS).*

A entrevistada entende que haja situações que dificultam uma mudança nessa realidade por haver uma conformidade:

*“Mas pode haver alguém próximo da família preso, às vezes uso de droga, às vezes falta de emprego, muitas mães recebem bolsa família e há quem poderia trabalhar, mas não trabalha ou não tem trabalho formal. Às vezes pega sexta básica aqui e em seu cadastro dá para ver que faz anos que não trabalha”*

*“Ainda há o medo da polícia, medo que descubramos outras coisas que eles fazem. Eles encontram um “conforto” nessa situação, de não terem que mexer nessa situação” (Coordenadora da UBS).*

Para ela, há situações bastante desafiadoras em algumas realidades vividas no entorno do equipamento e encontra dificuldade de agir em prol das pessoas envolvidas nela:

*“Tivemos um caso de uma filha que foi abandonada pela mãe e foi criada pela avó, essa mãe foi morar em um mato próximo de sua casa para fazer uso de drogas. Esse mato é conhecido como a casa do usuário e eu já fiz abordagem junto com a guarda municipal e lá tem sofá, cama, fogão e os usuários vivem ali para fazer uso da droga, aqui é bem miserável a população. A filha dessa mãe viva uma revolta porque o pai estava preso e ela viva separada dos irmãos, eu entendo que o adolescente fica pedindo a atenção que não teve na infância que era primordial, essencial. Tem mãe que diz onde se cria um, se cria dois ou três, mas aí se exige mais atenção para cada um e a criação acaba não sendo de uma forma mais complexa ou completa e aí acaba gerando esse tipo de coisa” (Coordenadora da UBS).*

O trabalho e a atuação da profissional são marcados pelo uso de drogas e ela percebe os impactos disso na vida e nas relações familiares dos usuários do equipamento.

A T.O do CAPSi apresenta desafios em relação ao que as pessoas esperam dele, tanto as famílias quanto os outros equipamentos. O desejo de respostas rápidas para o tratamento dos adolescentes gera expectativa e cobrança à profissional que tem que ser flexível para lidar com a situação.

Os desafios e queixas aparecem quando há uma situação complexa que exige uma caminhada no processo para atingir um objetivo, mas isso provoca desejos de soluções rápidas. Quando não há o atendimento desses anseios, há interferências e opiniões ao que a profissional do equipamento executa:

*“Há um impasse porque as situações não são resolvidas, há um processo de resolução e os equipamentos vivem uma ansiedade para que haja a resolução das demandas. Às vezes se quer uma resposta única e fechada ou se espera que o CAPSi vá resolver toda a situação, tem equipamento que somos mais alinhados, tem outros que somos mais distantes e há uma dificuldade na articulação. Não trabalhamos sozinhos, procuramos fazê-lo articulado com outros equipamentos porque atendemos casos de muita vulnerabilidade social e precisamos estar perto dos territórios e encontrar auxílio na lida com essa demanda. Ocorre uma visão de que a demanda seja de saúde, o CAPSi tem que resolver e não é assim, há outras necessidades como as sociais que adoecem também as pessoas” (TO do CAPSi).*

Todos os equipamentos têm que agir em conjunto para alcançar um objetivo comum. Ainda assim, a profissional do CAPSi passa por desafios em relação aos funcionários:

*“Já fomos muito desfalcados. No passado já tivemos médico, depois ficamos um bom tempo sem e agora ganhamos novamente. Mas o médico de antes não tinha perfil para o CAPSi porque há que se ter um olhar mais integrativo do trabalho e o médico não é o centro da equipe, mas mais um e não é fácil encontrar um médico com esse perfil. Posso dizer que seja um achado ter ele (o médico atual) conosco porque o comum é o tipo que se vê como o dono do equipamento” (TO do CAPSi).*

A profissional sinaliza o desejo de que haja uma boa interação entre os profissionais do equipamento, no caso o médico que não pode ser o centro da equipe e também deseja que a interação com os outros equipamentos seja igual, ela entende que o equipamento sozinho não consiga dar conta de tudo:

*“Precisamos muito de uma ação conjunta e por isso há reuniões Inter setoriais para sermos mais assertivos. Acredito que para mais acertos conjuntamente, dependemos da visão de cada profissional porque às vezes a pessoa tem um olhar mais conservador e o equipamento em que ela atua, não tem e vice-versa. Às vezes fazemos atuações mais próximas com profissionais com maneira de pensar mais alinhada com a nossa e garimpamos quem alinhe as ideias conosco e o médico psiquiatra acontece esse alinhamento” (TO do CAPSi).*

A profissional diz garimpar para achar quem pense igual ao equipamento para se esquivar de concepções conservadoras de lidar com a questão de saúde mental:

*“Há profissionais que batem na tecla da internação e há profissionais que conseguimos estar junto mesmo e nós também desconstruímos maneiras de pensar, é um processo bem rico. Tem profissionais que também descontroem a ideia que é só da psiquiatria e consegue perceber que seja muito mais amplo que a visão da psiquiatria. Saúde mental diz de todas as esferas do sujeito e quanto mais profissionais envolvido, mais assertividade e acredito muito no acolhimento porque isso traz muito mais reconhecimento do sofrimento da pessoa e é reconfortante para ela” (TO do CAPSi).*

Sua aposta é no acolhimento por entender que há mais possibilidades para lidar com a saúde mental dos adolescentes:

*“Conseguimos entender como é a dinâmica e ampliamos a rede de suporte e a pessoa encontra outras formas de se expressar porque no caso de automutilação, há uma redução muito grande na capacidade expressiva da pessoa, é a única forma de ela expressar sua dor. Quando oferecemos outras formas de manifestação, a pessoa acha outras maneiras de falar da sua dor. Nossa prática*

*aqui no CAPSi sendo de diferentes abordagens ajuda a pessoa a lidar melhor com suas dificuldades pelo fato de sua família não conseguir ouvir e ela não se sentir acolhida. Oferecemos uma atuação conjunta para o usuário e acreditamos que isso seja um bom trabalho de acolhida” (TO do CAPSi).*

A profissional entende a eficácia do acolhimento e do ouvir as queixas do adolescente e sabe como fazer isso. A internação seria uma solução para agradar os pais e/ou os outros equipamentos que desejam respostas e soluções rápidas. Em uma atuação com uma adolescente que se autolesionava, a profissional diz que houve consenso da família e de outro equipamento:

*“Os dois lados querem que internemos ou apresente uma solução. No início chamávamos a mãe e havia muitas faltas com muita resistência e hoje em dia não há mais, hoje acolhe mais não naquele ideal, mas tivemos que desconstruir aquela espera da menina por uma mãe ideal. Essa adolescente está em processo de alta porque entendeu que a automutilação não era uma solução porque a dor voltava. No entendimento dela, o corte era uma forma de a dor vazar, mas continuava” (TO do CAPSi).*

Bastava ouvir a adolescente para que a autolesão parasse. Verbalizar o que sentia era um caminho mais eficaz que a autolesão:

*“Por causa dessa maneira de comunicação, começou a diminuir os cortes e aumentar a comunicação”*

*“Diminuiu bastante os cortes e essa mãe passou a acolher mais e se colocar como parte desse sofrimento”*

*“Nós entendemos que sua questão era mais sobre as faltas com a mãe e melhorando isso, não precisaria da medicação, mesmo porque a medicação não atuava sobre a dor da menina que estava ligada à sua relação com a mãe” (TO do CAPSi).*

Uma atuação que foi movida pela escuta e acolhimento conseguiu atender as necessidades de um adolescente que se autolesionava. Mas não somente isso, foi necessário medicar:

*“Houve uso de medicação também. Mas sempre a menina dizia que remédio não resolvia e entendíamos que havia uma questão mais forte por causa da vinculação com a mãe que era adoecida por causa da ausência da mãe” (T O do CAPSi).*

E fica claro para a profissional do CAPSi a eficácia do acolhimento e escuta:

*“Essa menina começou a namorar recentemente e tem toda questão de autoestima, ela se sentia digna de alguém olhar para ela e parece que a mãe não participa desse momento de vida da filha. Não pergunta como ele se chama, não diz para ela ir ao ginecologista, não a convida para conversar sobre algum assunto. É uma mãe muito passiva, não compartilha a experiência que teve na*

*vida e a menina direciona para mim suas dúvidas deixando bem claro essa falta da família. Ela terminou o namoro e a mãe não acolheu isso, ficou chorando no quarto e ela não perguntou como ela estava, apenas disse “Isso é assim mesmo!” Mas avançou só que quem avançou mais foi a adolescente que viu que a mãe só tem aquilo para oferecer” (TO do CAPSi).*

A T.O do equipamento vivencia cobranças, mas sua atuação exige paciência e habilidade:

*“Sabe, essa resolatividade que cobram de nós, isso foi em 2017 e estamos em 2021, foram anos. Tivemos momento em que pensamos que não estava adiantando, vamos rediscutir o caso. Nossa, tentou suicídio e estava indo tão bem... A gente constrói e desconstrói, o processo é esse né. Não é tão simples, não é um comprimido que vai resolver ou uma internação que vai resolver um caso desse” (TO do CAPSi).*

### **Interação entre os equipamentos e suas queixas**

Entre as profissionais dos equipamentos há uma troca interativa, uma percebe a outra a partir de sua realidade e dos seus desafios enfrentados no dia a dia. Cada uma expressa uma insatisfação com a atuação da outra.

#### **A ESF:**

A coordenadora da ESF lamenta a atuação da profissional da escola e afirma que ela não se expressa em nada e nunca a procura para qualquer troca, acredita que a instituição acadêmica nem saiba da existência do equipamento. Diante da pergunta se a educadora da escola procura o equipamento, a profissional respondeu:

*“Olha, nesse um ano que estou aqui, nunca vi. Não sei nem se sabem do postinho, não sei nem se conhecem nosso postinho” (Coordenadora da ESF).*

A interação entre ambas é pequena ou não existe, mas a profissional se refere aos impactos da pandemia como causa:

*“É separado. Entrou um ano que nada funciona, escola, tudo remoto, o isolamento social está muito difícil por causa da pandemia. Em um ano tive contato com uma escola que pediu tratamento psicológico de um aluno, mas é uma escola longe daqui. Só um contato que tive e foi por intermédio do conselho tutelar” (Coordenadora da ESF).*

Questionada se a busca ativa seria eficaz para identificar adolescentes que se autolesionam, ela responde:

*“Acredito que sim. Mas busca ativa fazemos em nossa área. Para sair dessa área, teríamos que fazer trabalho com escolas, com a comunidade, sair do posto e acessar a comunidade. Mas a escola do nosso entorno, que é o Castello Branco, recebe pessoas de vários bairros da cidade e nossa capacidade fica restrita ao nosso bairro. Daí seria um trabalho de rede (rede de apoio), que viabilizasse a comunicação com outras realidades” (Coordenadora da ESF).*

E questionada se há busca ativa, completa:

*“Não, aqui não há. Podemos começar, né? ” (Coordenadora da ESF).*

### **A escola:**

A entrevistada da escola tem uma interação tímida com os profissionais dos equipamentos da rede de apoio. Sua busca se restringe mais ao apoio a saúde mental dos alunos e ainda assim não é satisfatório a resposta que a unidade educacional recebe dos profissionais da ESF.

Quando perguntado se a escola faz encaminhamento para algum equipamento de saúde, ela responde:

*“Há sim. O atendimento é muito precário, mas mandamos para os equipamentos de saúde. Há trabalhos voluntários dentro da escola, todos que atuam são voluntários, às vezes são pais de alunos. Há uma mãe que é psicóloga e doa bastante de seu tempo na escola para ajudar aos alunos. Tem várias pessoas que ajudam não como psicoterapia, mas grupos de apoio. Os alunos do grêmio fazem trabalhos junto com a mediação” (Professora Mediadora da escola).*

A profissional precisa encontrar alternativas para lidar dentro do espaço escolar com a demanda da autolesão. Quando perguntado se o contrário acontece, se algum profissional vai até a unidade escolar para qualquer interação, ela responde:

*“Não! Nunca vão, temos que ficar em cima dos equipamentos para conseguir algum tipo de apoio. Dizem que a demanda é grande, agendam e demoram para chamar e o equipamento é precário. Nunca procuram a escola para falar algo, ao menos enquanto estou aqui, nunca procuraram a escola para falar alguma coisa de algum aluno, nunca. A escola que fica em cima. Já teve profissional que foi lá por outros motivos, mas para a automutilação, nunca. Nunca levaram a sério, nunca se preocuparam” (Professora Mediadora da escola).*

A percepção dela é negativa sobre os serviços públicos em saúde mental e se mostra descrente:

*“A rede pública não dá um bom acompanhamento, a rede pública às vezes não sabe lidar com a demanda de automutilação e a rede particular é cara, então o adolescente fica sem tratamento” (Professora Mediadora da escola) ”.*

Quando ela fala da rede pública, está se referindo apenas ao atendimento psicológico oferecido e não cita outro equipamento que possa oferecer outros serviços, sua necessidade se resume ao tratamento mental dos alunos e não almeja outra intervenção na vida dos adolescentes e das famílias.

### **O Conselho Tutelar:**

A TO do CT não menciona nenhum dos equipamentos citados na pesquisa, mas faz queixas em relação às denúncias que deveriam chegar no equipamento e não chegam por interesses diferentes dos defendidos pelo órgão de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

A entrevistada lamenta a atitude de locais de saúde, no caso hospitais particulares, que atendem situações de risco para as crianças e adolescentes que não comunicam os possíveis casos de abuso ou maus tratos sofridos. Há entendimento que seja por querer proteger outros interesses que diferem da garantia de direitos preconizados pelo ECA:

*“A Santa Casa aciona muito o Conselho, Unimed e Medical, não” (Conselheira Tutelar).*

Em sua queixa, há diferença de atitude de um hospital que atende a população em geral e por isso atinge mais os pobres e os hospitais que atendem classes sociais de melhor poder aquisitivo.

Em sua análise, esse seria um meio de privilegiar um grupo social em detrimento de outro grupo com menos condição financeira. Perguntado o motivo dessa atitude dos equipamentos de saúde, ela explica:

*“Olha, de repente falta conhecimento para sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que tem um artigo específico que fala que sendo identificada qualquer situação de negligência, de abandono, de maus tratos, castigo cruel, físico e degradante seja comunicado o Conselho. Mas aí nos perguntamos: “Só um hospital vai ter conhecimento”? “Estranho”! Medical recebemos alguns, Unimed não me recordo, é só Santa Casa. Sempre conversamos aqui que seria bom que não houvesse nenhuma situação, só que sabemos que as situações de violência não acontecem somente com as pessoas de baixa renda, pessoas que não tenham uma estrutura familiar. A violência acontece em todo lugar, mas o que geralmente chega para a gente é de pessoas de baixa renda e das periferias” (Conselheira Tutelar).*

Ela continua a se queixar da atitude do hospital e diz que uma negligência de um equipamento pode expor o Conselho Tutelar e manchar ainda mais sua reputação aumentando a percepção negativa que as pessoas trazem dos serviços prestados pela entidade:

*“Já houve uma situação em que ficamos sabendo de um estupro de vulnerável pelo facebook, até questionamos o fato de ir para a internet porque não temos tempo de ficar olhando. Uma amiga me mandou pelo WhatsApp e fiquei sabendo. E fica aquela ideia, e o Conselho, não faz nada? Na verdade, o hospital é a porta de entrada e o próprio hospital deve acionar a polícia porque se registra o boletim de ocorrência pelo próprio hospital” (Conselheira Tutelar).*

### **A UBS:**

Perguntando à coordenadora da UBS se a escola faz contato com a unidade por causa de algum aluno, ela diz:

*“Não, nunca. Acredito que seja pelo fato de o equipamento ficar longe dela. Pode ser que ela faz contato direto com a Saúde Mental ou o CAPSi por ele ser porta aberta e não precisa de encaminhamento. Recebe comunicados da escola local, a diretora de lá sempre está em contato” (Coordenadora da UBS).*

A distância seria um prejuízo para os alunos que moram no entorno da unidade de saúde estudarem na escola e usar os serviços da UBS, eles teriam que se dirigirem até a unidade de saúde sem contar com o auxílio da escola porque ela está longe. Haveria uma desconexão entre as duas instituições que iria refletir no usuário que seriam os alunos.

De fato, a escola mantém proximidade com a saúde mental, mas não com o CAPSi. Ao contrário, a unidade escolar situada no entorno da UBS e que não é a escola participante da pesquisa, faz parceria e mantém vínculo com a unidade de saúde, isso reflete no bem-estar dos alunos dessa instituição de ensino.

Perguntado se há algum aluno da escola participante do estudo, ela responde:

*“Não, nenhum. Só tenho aluno da escola loca, aqui do entorno. Antigamente havia a necessidade de alguém ir estudar no centro. Hoje todos ficam no bairro”.*

A política de manter o aluno estudando próximo de sua casa ajudou nessa situação, eles não precisam se deslocar até a região central para estudar, aos que estão estudando próximo da UBS tem os benefícios. Mas quem tem que estudar no centro por qualquer motivo, fica sem apoio.

### **O CAPSi:**

A profissional do CAPSi faz menção a desafios e dificuldades enfrentadas com os equipamentos quando fala da escola participante da pesquisa também.

*“Olha, da escola, não sei te dizer. Chega das escolas em geral, aqui atendemos a cidade toda” (TO do CAPSi).*

Diante da pergunta de como a entrevistada percebia a clientela atendida pela escola, ela diz:

*“Não sei falar especificamente dessa escola específica. O que identificamos que durante a pandemia muitos casos chegaram para nós de tentativa de suicídio, automutilação porque o convívio foi ficando cada vez mais restrito e os conflitos que já existiam se intensificaram. A escola e outros ambiente que eram mais saudáveis pararam” (TO do CAPSi).*

A profissional cita uma parceria que deu certo com uma escola:

*“Fazemos contato e tiramos informações. Soubemos que ela sofria bullying e tem todo um trabalho com a coordenadora para essa situação fosse levada até os alunos e notamos que depois desse trabalho, os alunos conseguiram acolhe-la” (TO do CAPSi).*

O CAPSi fez contato com a unidade de ensino para resolver uma situação difícil de uma adolescente. O contrário não aconteceu, a escola entrar em contato para pedir ajuda em relação a uma aluna e isso a profissional do CAPSi diz que não acontece.

Mas quando um equipamento faz contato com a escola, surte efeito positivo na vida da adolescente. A escola não faz contato com o CAPSi quando há um aluno praticando autolesão e quando foi perguntado sobre isso para a profissional, ela respondeu:

*“A escola é um pouco passiva em relação a situação de saúde mental, no caso da menina, ela abandonou a escola, havia sofrimento por bullying” (TO do CAPSi).*

Sua crítica contradiz o que a escola diz praticar quando o tema é saúde mental. E perguntado seu entendimento sobre o motivo disso, ela diz:

*“...de fato há muita demanda. Saúde mental pode deixar as pessoas insegura, mas pudesse haver mais roda de conversa e os adolescentes pudessem ser acolhidos e não ficar no tabu, não vamos falar sobre isso para não contaminar os outros adolescentes. Creio que haja muito dessa lógica sendo que o movimento seja o contrário, vamos falar sobre isso para desmistificar essas questões e possamos*

*acolher essas pessoas, entender por onde passam. Muitos acabam abandonando a escola por se sentir diferente, todos vão olhar o meu corte e vou ser diferente e não serei acolhido nessa diferença e vai perdendo o interesse pela escola” (TO do CAPSi).*

Sua percepção é de que a instituição de ensino tem bons caminhos para lidar com os desafios enfrentados pelos adolescentes, mas não avança por temores e tabus. O diálogo e a roda de conversa seriam eficazes para elaboração e boa convivência dentro do espaço acadêmico e na vida particular dos adolescentes visto que essa é a prática dotada pelo CAPSi e que, segundo a entrevistada, gera bons resultados.

### **Considerações sobre a condição das trabalhadoras:**

A partir das falas das profissionais entrevistadas, notei que há dificuldade vivida na execução dos trabalhos prestados junto à população. Em momentos diversos pude notar expressões de desalento diante da angústia de não conseguir atingir as demandas que se impõem diariamente àquelas pessoas que se veem quase que obrigadas a dar soluções a problemas complexos e de difícil solução. E podem ser problemas que não requer solução, que requer apenas um ombro amigo que ouça e que mostre presença, mas que causa um desconforto a quem está por obrigação, na condição de ofertar algo e entende esse algo como uma resposta mágica, que retire todo resquício de sofrimento aparente expressado pelos cortes no corpo.

Ao olhar a partir do ponto de vista das profissionais atuantes nos equipamentos, posso notar a diversas realidades enfrentadas no dia a dia. Houve falas explícitas de dificuldade ao lidar com os cortes, como foi da profissional do CAPS que disse:

*A família não dá conta porque até para nós é difícil ver uma pessoa toda cortada, é difícil querer entender o motivo, mas creio que a família quer entender, mas é difícil” (TO do CAPSi).*

Os desafios se somam diante da demanda da autolesão, a profissional tem que primeiro conter o urgente que era a dificuldade de interação para depois atuar dentro de sua formação acadêmica específica:

*“...por causa dessa maneira de comunicação, começou a diminuir os cortes e aumentar a comunicação. Depois disso, começamos a fazer o atendimento bem de Terapeuta ocupacional mesmo, elaboramos o caderno que continha a capa, o*

*tema, as histórias e a partir disse ela ia trazendo as questões individuais dela. Diminuiu bastante os cortes [...]” (TO do CAPSi).*

Ela precisa se envolver intimamente com a dor da adolescente e viver o drama da família sem deixar de lado seu profissionalismo, mesmo recebendo críticas de sua atuação:

*A menina antes se cortava muito, se agredia e havia muito sofrimento com algumas tentativas de suicídios. Sempre a família vinha e dizia que não resolvemos e que a menina teria que ser internada” (TO do CAPSi).*

Se vê pressionada nas cobranças que vem da família e de outros equipamentos:

*“Os dois lados querem que internemos ou apresente uma solução” (TO do CAPSi).*

A profissional se sente cobrada de solução eficiente e definitiva:

*“Sabe, essa resolutividade que cobram de nós, isso foi em 2017 e estamos em 2021, foram anos. Tivemos momento em que pensamos que não estava adiantando, vamos rediscutir o caso. Nossa, tentou suicídio e estava indo tão bem... A gente constrói e desconstrói, o processo é esse né. Não é tão simples, não é um comprimido que vai resolver ou uma internação que vai resolver um caso desse” (TO do CAPSi).*

Ela também lamenta sobre sua equipe:

*“Já fomos muito desfalcados. No passado já tivemos médico, depois ficamos um bom tempo sem e agora ganhamos novamente. Mas o médico de antes não tinha perfil para o CAPSi porque há que se ter um olhar mais integrativo do trabalho e o médico não é o centro da equipe, mas mais um e não é fácil encontrar um médico com esse perfil. Posso dizer que seja um achado ter ele (o médico atual) conosco porque o comum é o tipo que se vê como o dono do equipamento” (TO do CAPSi).*

Os desafios são enfrentados também pela profissional da ESF:

*“Entrou um ano que nada funciona, escola, tudo remoto, o isolamento social está muito difícil por causa da pandemia. Em um ano tive contato com uma escola que pediu tratamento psicológico de um aluno, mas é uma escola longe daqui. Só um contato que tive e foi por intermédio do conselho tutelar” (Coordenadora da ESF).*

Sinaliza distanciamento da comunidade e não consegue fazer muito sobre a autolesão e sua fala expressa frustração:

*“Olha, nesse um ano que estou aqui, nunca vi. Não sei nem se sabem do postinho, não sei nem se conhecem nosso postinho” (Coordenadora da ESF).*

*“Tentamos auxiliar, mas o contrário é o que acontece, não tem como...” (Coordenadora da ESF).*

Expressa dificuldade de interação e acesso ao adolescente:

*“Há uma omissão do adolescente que não gosta de se abrir, fazem com amigos, professores conseguem pegar alguma coisa” (Coordenadora da ESF).*

Também expõe fragilidades no formato de atuação do equipamento:

*“O agente é limitado, vai só até uma rua demarcada e não abrange todo o território. Depois daquela rua, ele não vai e isso é pela característica do serviço. Mas o agente busca auxiliar em tudo a família, seu convívio, sua saúde, sua necessidade, ele traz para gente e corremos atrás para ajudar” (Coordenadora da ESF).*

Entende que se houvesse mais auxílio seria diferente:

*“Se tivesse uma assistente social ou mais profissionais, pode ser que aumentaria, eles viriam mais” (Coordenadora da ESF).*

E expõe algo de culpa pelo que nota da atuação do espaço ao se referir sobre uma possível demanda não atingida:

*“Podemos começar, né? ” (Coordenadora da ESF).*

Outra profissional também remete a suas dificuldades ante seu trabalho, a professora da escola diz o quanto sua atuação é minuciosa:

*“ (Em minha sala), eles tinham liberdade de dialogar, de falar, de chorar e se abria bastante porque a gente não julgava e era uma salinha do repouso para eles, um lugar de confiança para fugir do rigor da escola. Lá o tratamento era diferente, não havia punição, julgamento, grito, xingo, coisas que na sala de aula tinha” (Professora Mediadora da Escola).*

Sua atuação é solitária e incompreendida pelos demais ante a autolesão dos adolescentes:

*“A grande maioria vê como moda, como falta de se ter o que fazer, não enxerga como algo que precisa ser tratado. Enxerga como algo que precisa de apanhar, não vê como um conflito, uma doença que precisa ser tratada. Alguns professores*

*conseguem acompanhar, entender o processo, mas é a minoria; a maioria em geral, não consegue entender” (Professora Mediadora da escola).*

E a dificuldade de compreensão dos outros profissionais da escola refletem em seu trabalho:

*“Quando a escola, professores e outros gestores que não entendem, o adolescente fica pior ainda, não se sente acolhido, se esconde e não se consegue ajudar” (Professora Mediadora da escola).*

E compartilha e vivencia as dores das alunas:

*“Ela era perseguida na família e dentro da escola e quando a situação piorava para ela, se automutilava e ficava toda retalhada” (Professora Mediadora da Escola).*

Também expõe sua angústia por obter a ajuda que entender ser importante:

*“Houver situação em que não pude fazer nada porque não pude contar com os pais” (Professora Mediadora da Escola).*

A profissional do Conselho Tutelar também expõe suas angústias diante da dificuldade em acessar o adolescente que se autolesiona:

*“A questão é que a gente quer fazer esse momento presencial, criar mais vínculo para podermos quebrar a ideia de que Conselho é um órgão punitivo. O Conselho vai atuar sim na questão de direito, mas não é um órgão punitivo. As vezes somos levados a agir e quando chegamos com a polícia, as pessoas se assustam e confirma que somos um órgão punitivo porque o hospital, já falou, a escola já falou... todos os equipamentos já falaram” (Conselheira Tutelar).*

Expressa sua indignação com o mau uso feito por terceiros:

*“Muitos advogados pedem para vir ao Conselho por saber que é mais fácil. Daí já dizemos: “Olha, fale para o seu advogado que o Conselho não é feito para isso, não é uma ponte”! Muitas pessoas chegam aqui e dizem “Um mês atrás meu filho ou filha sofreu uma violência”! E hoje? “Hoje está comigo”. Mas qual foi a violência? Meu advogado pediu para eu vir. Então informe seu advogado que se uma criança está sendo estuprada, na hora acione a polícia, porque é caso de polícia! Até para que essa pessoa agressora receba a penalidade que está na lei civil. Daí sendo, ele já entra em contato com o Conselho e diz “Essa criança não pode permanecer nessa casa”! Muitas vezes já é caso que o conselho já acompanha, e se não tem, os equipamentos têm, então a gente já liga acionando um equipamento e que a criança já seja acompanhada desde a avó e chegou na criança a situação” (Conselheira Tutelar).*

E também sofre com a situação enfrentada e tem que agir com esperteza, sabedoria e rapidez:

*“A polícia interfere, mas deixo bem claro e falo “Precisei vir, era uma denúncia!” Se é denúncia de maus tratos, não sabemos o que vamos encontrar e precisamos atuar e não posso esperar ter carro, tenho que acionar a guarda. Se eu deixar, posso não encontrar mais essa criança ou adolescente, inclusive com vida. Temos que intervir, em casos em que há um familiar, deixamos com ele, quando não há, enviamos para o acolhimento institucional” (Conselheira Tutelar).*

A profissional da UBS também tem sua realidade de desafios e abatimento com o que é enfrentado:

*“Tivemos um caso de uma filha que foi abandonada pela mãe e foi criada pela avó, essa mãe foi morar em um mato próximo de sua casa para fazer uso de drogas. Esse mato é conhecido como a casa do usuário e eu já fiz abordagem junto com a guarda municipal e lá tem sofá, cama, fogão e os usuários vivem ali para fazer uso da droga, aqui é bem miserável a população. ” (Coordenadora da UBS).*

Eu quis exemplificar alguns trechos de fala das entrevistadas para refletir um pouco sobre o sofrimento delas. Os adolescentes passam pela autolesão em seus corpos e as profissionais vivem um sofrimento também ao tentar oferecer um alívio, elas estão também autolesionadas em suas atuações laborais.

Elas não conseguem oferecer o melhor de si ou mais de si, mesmo querendo. Os impedimentos são diversos e poderosos que conseguem abatê-las e deixa-las sem vigor a ponto de pensarem que são as responsáveis diretas pelas danos que os adolescentes vivem, por não conseguirem o alívio que almejam para o que detestam.

O trabalho fica exigente e cansativo, torna-se desafiador quando o coração está abatido por não conseguir realizar aquilo que tanto se deseja ou aquilo que se entender ser de extrema necessidade. Como afirma Yves Clot:

Compreende-se melhor, também, que tais estratégias dizem respeito às relações com a tarefa, às relações com os colegas de trabalho, com a hierarquia ou, ainda, com as organizações do mundo do trabalho. Se esses recursos se esgotam - como é o caso, de forma demasiado frequente, atualmente -, então, a vida psicológica de trabalho se encontra gravemente "reduzida" (CLOT, 2010, Pag. 89).

A depender da maneira que o trabalho caminha, caminha junto a sensação de prazer pelo desempenho ou frustração pelo fracasso. As profissionais lutam a partir de

suas realidades e procuram atingir metas colocadas para si mesmas em segredo, um objetivo a ser alcançado e que os demais do equipamento desconhecem, mas que serve como calibragem para saber se a pessoa fez uma boa execução de tarefas ou não. Ainda que ninguém diga algo, só por se dispor a agir em causa das dores de alguém que o sentimento de fracasso pode se chegar numa tarefa social.

Quando um grupo de profissionais tem a incumbência de lidar com uma demanda e por motivos diversos não há êxito, o abatimento pode vir e sobrecarregar os indivíduos. O ressentimento pode tomar conta e os ânimos ficarem comprometidos, a vida pode ser dura e chata a depender do impacto de uma tarefa executada sem êxito ou não executada, como é a situação da coordenadora da ESF que não consegue ir ao encontro da comunidade por diversos motivos.

A profissional expõe sua realidade de atuação no equipamento de maneira tímida e até seu tom de voz muda, parece que queria não ser ouvida. A humilhação fica aparente e um sentimento de injustiça toma conta do momento. Ocorre uma amputação da capacidade de agir em sua dinâmica de trabalho, o impacto psíquico que abate a pessoa em sua subjetividade, um sofrimento psíquico abate a pessoa que carrega consigo algo que ninguém sabe que acontece. (GUILLANT, 2006 apud CLOT, 2010, p. 72).

O sofrimento pode abater a pessoa em sua intimidade e os demais profissionais que atuam junto dela não perceberem suas dificuldades. O desejo de fazer seu melhor pode mascarar suas dores levando-a a agir com desdém consigo mesma complicando ainda mais sua situação.

Lidar com a humanidade, com a pessoa humana não é algo fácil, há sempre uma imprevisibilidade porque cada pessoa é única, ainda mais se tratando de adolescente que vive um momento de crise. Há uma busca de encontrar suas identificações e abatimento sobrevêm afetando a pessoa que custa se ver em paz consigo mesma e com os que estão ao seu redor. Não é difícil uma atuação truncada com alguém que está na condição de atender essa pessoa. Da mesma forma que um adolescente pode viver dificuldades na interação com as profissionais da rede, estas também podem se ressentirem e viverem amarguras ao se aproximar dessa parcela mais jovem da sociedade.

Quando se cria um espaço governamental de atendimento a um público como é o caso dos equipamentos da rede, espera-se que o melhor seja feito e com os recursos que se tem. Geralmente não se olha para a pessoa que está na função de atender e acolher, olha-se para o trabalho que vai ser desenvolvido, seria uma visão funcional da atividade

sem levar em conta como a pessoa que vai desempenhar a tarefa está (DANIELLOU, LAVILLE e TEIGER, 1989).

O abatimento pode ser sentido e desprezado pelo próprio profissional que está envolvido em seu trabalho e não se permite olhar para as suas fragilidades por temer não dar conta. Reconhecer que não se está bem pode soar como uma ameaça para a pessoa que não pode pensar a hipótese de deixar seu compromisso, sua responsabilidade. Também não pode pensar em seu abatimento porque não poder ficar sem a remuneração que o trabalho oferece, a vida é cara e não há espaço para falta de dinheiro.

Caso a profissional não dê conta de sua tarefa, ela terá que lidar também com o efeito disso. Sua tendência é auto reprovação e autocondenação, ela terá que carregar consigo o entendimento daquilo que aconteceu e pode nem dizer aos companheiros de trabalho por se sentir envergonhada. Isso fragiliza sua atuação afetando sua autoestima dado que é um trabalho mental intenso que não é levado em conta, nem pela própria pessoa e nem pelos demais da organização por conta do movimento frenético das atividades (DANIELLOU, LAVILLE e TEIGER, 1989).

A profissional do Conselho Tutelar, tem que lidar com o preconceito que permeia o imaginário das pessoas que se dirigem a unidade. Ela tem que contornar o mau humor dos usuários e tentar consolar quando há necessidade disso. Sua luta diária passa a ser intensa e até desumana e isso pode afetar sua vida particular, sua família, filhos, etc. ela ainda tem que lidar com as pessoas que se autolesionam e ter emocional para tanto, os desafios se multiplicam. Esta profissional disse que não conta com nenhum auxílio dos órgãos superiores, sua atuação se dá pela curiosidade em procurar uma cartilha que corre entre os colegas e que dá dicas de como agir. Ela citou um programa de televisão que mostra o trabalho do Conselho Tutelar, mas disse que não tem a ver com a realidade que é muito severa e exigente.

A submissão associada a humilhação vivida no trabalho diário e nos atendimentos, pode produzir distúrbios mentais com a sensação de não conseguir agir, uma incapacidade toma conta da pessoa que passa a uma passividade diante dos desafios que funciona com defesa a maiores dores. Não pensar no que está acontecendo passa a ser uma forma de tolerar o dia a dia e não dar espaço para a conscientização da frustração, o ódio pode tomar conta da pessoa que labuta e persevera no movimento frenético das atividades (GUILLANT, 2006 apud CLOT, 2010, p. 73).

As profissionais dos equipamentos passam por desafios que surgem ao longo de seu trabalho e são atingidas com abatimentos e frustrações. Uma dessas dificuldades é em

relação ao vínculo com o público adolescente que tem impacto direto na sensação de fracasso pessoal podendo gerar adoecimento. A falta de vínculo com o paciente pode ser horrível àquele que tem como função atender e ajudar e a pessoa não dispõe de nada além de recursos próprios para lidar com isso. É a partir de suas habilidades adquiridas no dia a dia que se aprende a criar vínculo. A pessoa quer levar saúde e termina perdendo sua saúde diante dos desafios enfrentados (MAGNAGO & PIERANTONI, 2015).

Há que se ter um olhar de cuidado e empatia ao lidar com essas pessoas que atuam diretamente com quem necessita de auxílio no sistema de saúde. São seres humanos que lutam para exercer um trabalho bem feito e elas vêm carregadas de sentimento e desejo de acerto.

## ASPECTOS HISTÓRICOS DA FAMÍLIA E DA ADOLESCÊNCIA

Segundo Lisboa (1987), a família segue um modelo ideal em que uma hierarquia é mantida segundo o sexo e a idade em que impera uma “repressão à liberdade individual”. A mulher vive uma opressão e seu papel está mais ligado aos “domésticos”, uma igualdade não caberia nesse espaço que se contrapõe a uma modernidade que valoriza uma visão holística da pessoa em detrimento da visão tradicionalista da família. Na visão tradicional da família, os conflitos são vistos como desvios de comportamento ao passo que na visão contemporânea há um contrato entre as partes que flexibiliza as relações abrindo espaço para manifestações próprias de cada membro.

Oriundo do latim, a palavra família surge do vocábulo *famulus*, que se refere a escravo doméstico. Sendo assim, os membros da casa são pertencentes ao superior que seria o homem. Essa seria uma herança do direito romano que confere ao chefe da família a vida e a morte daqueles sob suas ordens e a isso se dá o nome de família patriarcal. Esse formato familiar se tornou modelo de honra e responsabilidade sendo buscado por todas as camadas sociais (GOMES, 2018).

A família moderna começou na transição do século XVIII para o século XIX assumindo e expressando o poder da burguesia recebendo uma configuração *nuclear* ou *burguesa*. Também nesse período, as meninas não deveriam ir para a escola já que os afazeres domésticos eram meios de aprender um ofício, já os meninos ricos aprendiam as línguas, aos bons modos e lidar com os cavalos, mas isso perde força e os costumes acadêmicos passaram a mover suas vidas. Ainda assim, os filhos mais velhos passaram a ter lugar de destaque na família usufruindo de privilégios, tudo isso para manter o patrimônio da família resguardado e mantido. Ainda assim, o mais buscado nessa época era ser honrado socialmente, mas não financeiramente e sim um lugar para ser bem visto e com boa reputação (ARIÈS, 1981).

Outro fator histórico que deu condição de estabelecimento da família foi a revolução industrial surgida no século XIX. Em 1712, o engenheiro inglês Thomas Newcomen pensou um motor que usava o vapor que saía da caldeira aquecida para impulsionar uma bomba que tirava água do fundo das minas de carvão. Após isso em 1769, o engenheiro escocês James Watt adaptou o feito de Newcomen e criou uma máquina a vapor que revolucionou a industrialização britânica e europeia (TEIXEIRA,

1998).

Nesse período da revolução industrial houve mudanças na cultura, na política, na economia e na sociedade e a mudança foi tamanha que a Inglaterra se tornou a “fábrica do mundo” dando início ao século XIX nesse período. Surgiu a mentalidade burguesa e as famílias passaram a valorizar a intimidade, isto porque ainda no período pré-moderno a convivência era conjunta e todos habitavam os lares juntos, pais e filhos conviviam nos mesmos espaços. Também surgiu a valorização da maternidade com um bom ambiente familiar, acolhedor, filhos com bons modos, esposas devotas aos seus esposos e crianças deixadas às brincadeiras sem preocupação alguma (D’Incao, 2006, p. 223).

Segundo D’Incao (2006), as casas eram sem limites definidos como se não pertencesse a ninguém e sem condição mínima de saneamento. As águas passavam pelos seus quintais despreendendo cheiro forte que incomodava e os moradores viviam juntos sem distinção de ricos e pobres, havia um volume de pessoas sem ocupação definida e sem remuneração pelas ruas.

A mulher recorria ao poder do pai para compor a ordem familiar e ele o fazia por meio da punição e do castigo, os filhos eram separados em quartos divididos sendo meninos de um lado e meninas do outro dando o contorno da família nuclear recém-formada na sociedade (BIRMAN, 2007). Diante dessa composição familiar, os filhos teriam que ser obedientes para merecerem o afeto e amor dos pais, caso contrário, haveria castigos e reprovos ásperas em que a mulher também seria de certa maneira envolvida na punição por causa de seu papel submisso lhe atribuído na dinâmica doméstica assim como a classe operária que deveria ser dócil, submissa, adaptada e vigorosa na produtividade e execução dos exaustivos trabalhos nas fábricas (RAGO, 2018).

Para Gomes (2018), esposas e filhas não apareciam no convívio social, se limitavam a ir a festas religiosas, os visitantes de suas casas não as viam, não podiam estudar e envelheciam cedo, tinham que se casar com 13, 14 anos, tinham vários filhos e seus maridos eram escolhidos pelos pais e o critério era a quantidade de bens do pretendente. As mulheres nesse período não tinham direitos políticos, não dispunham de condição econômica própria, eram aquém dos poderes sociais constituídos além de serem vistas como frágeis fisicamente, com uma moral fraca e dependente socialmente. Ao mesmo tempo os homens eram frequentadores dos lugares público e exerciam comportamentos e atos viris (VAQUINHAS, 2002).

Segundo Rago (2018), a sociedade era regida por normas e regras morais que davam o contorno adequado ao trabalho árduo nas fábricas a fim de atender às metas

capitalistas. Aos trabalhadores assim como a família, teria que ser ensinada numa nova forma de vida pautada pela disciplinarização com formas higiênicas e adequadas. O modelo de convivência movido pelo companheirismo vigente na era pré-moderna em que todos se conheciam ficou para trás com a chegada da industrialização.

Os trabalhadores tiveram que se adaptar ao ritmo das máquinas a vapor dentro das fábricas que usavam formas de energia sem depender das rodas de moinhos nos rios. Agora a indústria contava com a energia a vapor para impulsionar os meios de transportes e contava com a iluminação a gás podendo exceder os horários das jornadas que avançavam para o período noturno. Surgiu a produção de carvão, ferro e aço e aprimoramento da agricultura com novas tecnologias que revolucionam a vida das pessoas com a mecanização da indústria, exigindo menos à força humana para a execução dos trabalhos (OLIVEIRA, 2003).

Começou uma intensa exploração da força de trabalho cuja indústria tinha o controle do horário e do tempo de trabalho retirando dos artesãos sua liberdade e interferindo diretamente em sua vida e de sua família surgindo a classe operária. As crianças participavam na força de trabalho nas minas, contribuía na cozinha e na condução de portinholas ou dentro das fábricas. Tanto as crianças como as mulheres passaram a ser importantes para a indústria porque representavam uma força de trabalho barata.

As mulheres e as crianças passaram a ser exploradas com baixa remuneração e suas crianças ficavam mais doentes porque não contavam com os cuidados das suas mães e também por contarem com uma alimentação pobre e serem as maiores vítimas de acidentes fatais dentro dos espaços fabris. A vida da família passou a ter a fábrica como referência que trazia a ideia de disciplina ao invés dos costumes da cultura rural, fazendo a burguesia acumular capital (OLIVEIRA, 2003).

Ocorreram mudanças nos costumes e nas tradições familiares e a vida íntima do casal passou a ser propriedade da família conjugal e a sexualidade passou a ser exclusivamente para a reprodução não sendo permitido conversar sobre sexo e o casal devidamente apto a procriar, expressava o que podia e o que não podia falar sobre o tema. A norma passou a imperar e a verdade foi a baliza das conversas familiares, e decência e os bons costumes foram estimulados a fim de que não fossem aplicadas as sanções pertinentes às desordens (FOUCAULT, 1988).

A mulher passou a ser a gestora do espaço próprio da família e a saúde ficou a seu encargo. Nesse período ocorreu uma medicalização da sociedade com uma regulação dos

corpos tanto no coletivo quanto no privado visando uma qualidade de vida populacional (FOUCAULT, 1988). Uma vigilância ampla na vida das pessoas foi empregada a fim de boas estatísticas de saúde retirando sujeiras das ruas e casas, até o ar passou a ser monitorado pela força médica, a população estaria a salvo dos malefícios e das doenças. Novas métricas surgiram dando parâmetro do que era normal e anormal e se desenvolveu um olhar clínico com uma métrica classificatória das doenças (FOUCAULT, 1977).

Nesse período criaram-se normas de higiene a fim de se ter filhos saudáveis e as mulheres deveriam se cuidar, prevenir-se; surgiram a *obstetrícia* e a *ginecologia* e os mais jovens teriam que garantir uma condição de saúde para os adultos e por isso foi desenvolvido a *pediatria* e a *puericultura*. O homem também teria que se enquadrar nos cuidados e os prostíbulos passaram a contar com o crivo dos médicos para conter os malefícios das doenças venéreas (BIRMAN, 2007).

Segundo Margareth Rago (2018), um novo modelo de família ficou estabelecido e as mulheres passaram por dificuldades para conseguirem trabalhar nas fábricas porque começaram a ser vistas como as que iriam denegrir a imagem do ambiente, tornariam o local uma degradação moral e por isso o emprego lhes era negado. Regras punitivas e de premiação foram criadas e o tempo passou a ser controlado sem que pudesse haver atraso, faltas ou perda do ritmo de trabalho.

As reformas higienistas implantadas começam a olhar para a juventude malcuidada oriundas das famílias operárias que não dispunham de condição de oferecer uma educação e uma moral adequada a fim de se ter uma adolescência “ideal”. O comportamento adolescente passou a ser visto como delinquente e tido como inadequado, a rua se tornou um local de perigo dado que a família pobre não teria condição de oferecer educação sendo somente capaz de criar seus filhos.

Impera nesse período três tipos de saber (e de poder): o da religião católica com seus sermões, imprensa religiosa, pastorais, colégios e ambientes religiosos; o direito com seus artigos jurídicos, legislações, revistas jurídicas e a medicina com seus livros, teses, tratados e revistas. O poder médico imperou o discurso de que a rua era o local de se aprender o que não prestava, procurava-se inibir os encontros e brincadeiras dos adolescentes prevenindo uma patologia social já que os vagabundos e delinquentes das ruas tinham que ser combatidos.

Surgiram funções sociais especializadas como educadores e assistentes sociais que passaram a olhar para as crianças oriundas de famílias pobres e “desestruturadas” como a infância em perigo, passível de delinquência tornando-a patológica sendo

necessário separar as crianças e adolescentes de suas famílias disfuncionais. A família passou a ser o foco dos malefícios morais e físicos sendo a transgressão juvenil como consequência da pobreza, dos núcleos desfeitos bem como das dificuldades de moradia e lazer. Surgiram as escolas profissionalizantes, os internatos e reformatórios acolhiam jovens delinquentes ou abandonados por suas famílias. O propósito era inibir a possibilidade de crianças e jovens com vícios e transgressões sociais estigmatizando-os e reforçando a ideia de um modelo ideal em que as instituições sociais iriam oferecer cuidados e educar para que a sociedade vivesse melhor (CESAR, 1999).

Também nessa época foi tomando forma a ideia de adolescência em função das escolas disciplinares obrigatórias em que se constituiu uma juventude disciplinar que tinha que respeitar e obedecer e que levou médicos e juristas a se preocuparem com essa parcela da sociedade, a adolescência temida. Surgiu a fase da crise no século XIX e a sociedade passou a olhar para esse grupo com mais atenção ofertando mais proteção e educação. A escola obrigatória deu condição de os adolescentes ficarem dependentes financeiramente dos pais. Os médicos olharam com desconfiança para o momento da sexualidade da adolescência passando a exercer uma vigilância sobre eles, mas na virada para o século XX, os jovens passaram a se mostrar mais rebeldes com o aumento populacional das cidades (MORAES e WEINMANN, 2020).

Segundo Cesar (1999), os meninos incorriam em delinquências como furtos, uso de bebida alcoólica ao passo que as meninas caminhavam para a prática da sexualidade ilícita. As meninas iniciadas sexualmente e sem marido eram vistas como propensas aos vícios e aos meninos era vedada a prática da masturbação e da homossexualidade.

Durante a primeira guerra mundial em 1915 houve um avanço para 33% dos adolescentes em situação de crime nas cidades britânicas. As dificuldades da guerra como falta de alimento e violência alteraram o comportamento fazendo com que a obediência aos pais ficasse em segundo plano. Escolas fechadas e com familiares combatendo nos campos de batalha, os jovens começaram a se organizar em pares e grupos chamados *gangs*.

Em 1910 jovens são surpreendidos roubando frutas e fazendo desordens nas ruas, xingando policiais e ataques a propriedades enquanto as mulheres estavam em situações imorais. Mais tarde a transgressão passou a ser vista como uma característica da fase de vida da pessoa até ser associada a ideia de delinquência e adolescência. Um paralelo foi criado com a ideia do adolescente dócil e bem formado e o perfil delinquente sendo este

necessitado de abrigos especializados ou reformatórios.

No início da década de 50, surgiu o rebelde sem causa com a juventude transviada propagada pelas mídias de massa como a *teenager* com novos cortes de cabelo e o nascimento do *rock and roll* em que eram cobradas ações de repressão dos governos diante do consumo pelos jovens, de revistas de sexo e histórias em quadrinhos passando a delinquência a ser vista como um fenômeno de massa e como uma construção social cuja escola era vista como aquela que deveria dar conta da formação dos adolescentes e ao mesmo tempo era um local de perigo porque eles estariam juntos e poderiam ter comportamentos indesejados como o uso de drogas.

A família entrou também como aquela que teria a solução desde que oferecesse respaldo de uma boa educação e nos anos 60 no Brasil houve a preocupação com as ruas que eram vistas como meio para a delinquência. A adolescência era vista como ávida por prazeres e vícios sendo propensos ao uso de drogas e álcool. Estaria instaurado um choque de gerações em que os adolescentes estariam criando uma nova maneira de ser e viver indo de encontro aos modelos ideais impostos pelas instituições como a família e a promessa da realização pessoal a partir dos laços e vínculos afetivos, fazendo uso de práticas tidas como ilícitas e tomando conta dos espaços públicos (CESAR, 1999).

Surgiram movimentos denominados gerações como a *baby boom* que desacreditou na mensagem social de sua maturidade social como resposta para a sua existência e também evitou seguir os ensinamentos dos mais velhos reforçando a proximidade entre os pares (Le Breton, 2017). O movimento *hippie* teve como bandeira o uso de drogas e a obtenção de paz pela não violência. Na Inglaterra houve os *teddy boys* que faziam motins revoltosos, os *hooligans* também provocavam danos nas ruas e movimentos de rebeldia ocorriam em vários lugares no mundo até chegar no meio de 1968 que ficou conhecido como a revolta contra a sociedade disciplinar moderna.

A juventude se tornou uma fase última antes do declínio físico em que se começou a perder o vigor até chegar na velhice. Com isso houve um incremento da cultura juvenil abarcando os mercados desenvolvidos e se consolidando e internacionalizando o *blue jeans* e o *rock* como símbolos da juventude moderna sendo algo próprio deles mesmos sem a interferência dos adultos (MORAES e WEINMANN, 2020).

Numa sociedade de contradições e incertezas, as instituições e seus dependentes passaram por mudanças e desafios que caracterizaram o período chamado modernidade tardia.

## MODERNIDADE TARDIA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Esse formato de sociedade avançou para o século XX mantendo as características de submissão da família ao setor produtivo em nome da produção e do ideal de riqueza da nação e a adequação deveria ser sem nenhuma objeção. Mas ao longo desse novo século, mudanças substanciais foram acontecendo em toda a sociedade e também na família.

A modernidade tardia foi uma alteração nos moldes sociais que ficaram emblemáticos na era industrial que seria uma sociedade dada às duras imposições fabris. A conduta moral exigida para o bom funcionamento dos interesses capitalistas teria que ser sob um controle social bastante rígido a fim de se obter a ordem social interessante ao modelo social disciplinar (LUVIZOTTO, 2008).

Numa sociedade pautada pela família nuclear em que as tradições eram valorizadas, entrou em vigor o questionamento dessa sociedade colocando em xeque sua moral e costumes. A sociedade foi se configurando ao modelo imposto pela revolução industrial do século XIX, sendo absorvida a moral aceita socialmente, porém como foi uma construção social, esta passou pela crise que recebeu o nome de modernidade tardia e questionou toda a cultura vigente até aquele momento.

Segundo Luvizotto (2008), a sociedade industrial primou pela segurança dos indivíduos; em suas identidades foram resguardadas pela boa prática social, mas houve uma possibilidade para que o eu reprimido de outrora pudesse pensar em si mesmo e almejar liberdades até então impossíveis. Arelado a esse momento de questionamentos coletivos sociais, Ulrik Beck (2010) versa sobre a reflexividade que não seria uma reflexão apenas, mas se refere a um conhecimento ao passo que a reflexividade se refere a uma autoaplicação e fala sobre a adesão individual a um modo de vida com possibilidade de mudança diante das imposições de uma moral exigente da era industrial.

No entanto, esse movimento de reação diante da modernidade industrial passou a ser também um momento de desafios e riscos do homem consigo mesmo, com seus pares e com a natureza. O termo tardio se remeteu aos ocorridos na sociedade nas últimas décadas da segunda metade do século XX em que o passado ainda se mantinha vigoroso na atualidade, mas havia o anúncio do que virá mais adiante em que uma ruptura estava anunciada numa sociedade de risco com uma nova configuração social.

Enquanto no século XIX a preocupação era conhecer e dominar a natureza, no

século XXI ela merece destaque, a religiosidade é relegada em segundo plano junto com a tecnologia e o entender científico, a família nuclear com as funções definidas, os papéis de homem e mulher são desmoronados. A normalidade e a solidez dos costumes antes pujantes e firmes na cultura de massa fabril, agora tomam forma de um modelo questionador de tudo estabelecido. Até então, imperava o mito de que a sociedade industrial era de fato moderna porque trazia em seu bojo os encantos da máquina que teria vindo para solucionar as demandas sociais; acreditava-se que na sociedade industrial tudo mudaria, família, profissão, ciência, mas na verdade tudo se manteve rígido e com ares de solidez e segurança.

Na sociedade do século XIX imperava a produção de riqueza e bens que abafavam os riscos, mas na sociedade de risco quanto mais se produz riqueza, mais risco se produz. Beck coloca em discussão as ameaças oriundas da modernização que atingem a natureza e o ser humano em todas as suas condições seja de nação, seja de classe social. Os riscos se acumulam na base da pirâmide enquanto que as riquezas se acumulam no topo da pirâmide, é um movimento inverso. Há mais risco de desemprego para os pobres que para os ricos, há mais chance de contaminação daqueles que moram próximos às indústrias químicas. Os ricos podem selecionar melhor o que consomem para diminuir os riscos, já os pobres não têm essa possibilidade.

Diante disso, Beck aponta três realidades: a globalização, a individualização e a reflexividade. A globalização diminui as distâncias entre os povos em que tempo e espaço são separados gerando a desterritorialização; a individualização aparece quando a pessoa se torna singular em função da desterritorialização e a reflexividade entra como uma auto análise da vida adquirindo novas experiências e novas formas particulares do viver. Ocorre um processo de destradicionalização com uma desnormalização cujo valor maior se dá à escolha individual de cada um (SPINK, 2001).

Outra perspectiva é que o risco à saúde e à natureza pode ser negado e despercebido ainda que esteja clara sua proximidade, às vezes se torna oportuno um especialista dizê-lo. Um risco pode não afetar uma geração, mas poderá afetar outra e isso torna-o menos perceptível à geração atual.

Mas Beck também olha para as mudanças na cultura que ocorrem nas populações em relação à família. O modelo nuclear firmado na era industrial permanece, mas segue se alterando assim como outras instituições como a ciência que passa por questionamentos acerca das “verdades” afirmadas por ela a partir da dúvida daquilo que se está investigando. Esse formato que se manteve começa a ser revisto quando se coloca

dúvida nos riscos e alicerces do fazer científico. Por causa da lógica da modernização, cada saber científico mantém sua maneira de interpretação dos fenômenos ocasionando uma diversidade interpretativa. Cada especificidade entre a ciência, a política, a economia e o direito tem uma cumplicidade entre si porque uma dá base para a difusão de ideias da outra e há também uma irresponsabilidade generalizada em que nenhum é responsável pelo que faz, atua-se fisicamente sem atuar moral e politicamente. Daí forma-se um sistema que atua em conjuntamente e por cada um.

Na modernidade tardia também a democracia política passa por tremores visto que a maioria não contempla a minoria no modelo representativo. Beck (1997) fala sobre a percepção de realidade de um fenômeno social a partir da retirada da média em que um número diz sobre uma situação geral. Essa maneira de olhar para algo a partir da média, provoca deformidades por ocultar nuances de uma realidade que pode ser prejudicial a um grupo de pessoas. Por exemplo, a construção de uma média sobre a distribuição de comida no mundo em que duas maçãs são dispostas para duas pessoas, uma come as duas e na média cada um comeu uma.

Essa forma de avaliação de uma situação apresenta aspectos que podem até mascarar a realidade de pequenas porções de indivíduos quando se pensa em apreciação de condições sociais envolvendo pessoas. Se for levado em conta uma realidade em que uma média seja o critério de aceitação sobre ela, aspectos podem ser ignorados ou deixados de lado e pessoas podem ser esquecidas ou deixadas de lado causando grande prejuízo a estas. Diante dos desafios enfrentados e dos riscos, as decisões são tomadas com base em normas fixas de cálculo e isso precisa ser repensado. Cálculos de segurança privada não atendem às diversas crises globais que podem surgir, mas a tomada de consciência dos riscos passa a ter respostas aos moldes da sociedade industrial e o progresso tende a ser visto como o vilão e causador dos riscos. Supostamente, a subpolítica atenderá as demandas individuais ainda que as pessoas estejam em grupos, mas a autoanálise tem poder de conflitar a sociedade e o próprio indivíduo (BECK, 1997).

Uma média aritmética tende a generalizar uma percepção sobre uma realidade podendo deixar para trás a individualidade da pessoa que experimenta uma vivência social distinta das demais. Cada pessoa pode reagir de maneira diferente a estímulos, dependendo de seu sexo, idade, local de habitação, renda familiar, cor de pele etc. Aquilo que é tido como real para alguém pode não ser para outra pessoa, um aditivo tóxico que é considerado inofensivo à saúde das pessoas, mas não se leva em conta os efeitos desse, ao longo de um tempo de uso e a partir disso. Da mesma forma pode ocorrer com um

aspecto social que é colocado a conta gotas para as pessoas e é tido como inofensivo, mas ao longo do tempo pode gerar consequências danosas a umas pessoas e não em outras. Algo pode agir em uma pessoa da geração seguinte daquela que ingeriu substâncias ditas inofensivas e que causam efeitos nefastos na geração atual.

As garantias e certezas ficam de lado quando a reflexividade atinge o ceio familiar, a forma de sustento financeira que seria o emprego, a aposta na ciência e no desenvolvimento social. A reflexividade ganha corpo e faz tremer os alicerces da tradição daquilo que estava posto como definitivo gerando desconforto e rupturas. O risco remete a um futuro e já há vestígio dos danos nos dias atuais e os danos futuros devem ser evitados por não se saber o quanto haverá de resistência dos ecossistemas ao que ocorre na terra. Na sociedade de risco, o passado deixa de ter importância por conta da preocupação com o futuro (BECK, 2010).

A sociedade passa a se servir da reflexividade quando algo se mostra como problema e se torna necessária uma solução. Os incômodos sociais da atualidade já não são os oriundos da produção massiva das fábricas, mas os efeitos gerados por esse sistema (EUZEBIO, 2012).

À medida que a sociedade vai se modernizando, os riscos vão surgindo e ameaçando os alicerces das heranças do século XIX. Novos questionamentos surgem e a ciência tenta dar conta de respostas, mas não consegue responder todas e se faz necessária uma “reforma da racionalidade” levando em conta aquilo que ocorre na individualidade e que interfere na coletividade para conquistar uma nova modernidade (LUVIZOTTO, 2008).

Antony Giddens também observa os efeitos da sociedade de risco dentre outros, da globalização que pode inclusive chegar a uma guerra nuclear dado o envolvimento das nações entre si e das dependências que vêm após isso. Sua preocupação recai sobre o impacto cultural que a globalização gerou na sociedade nas últimas décadas do século passado.

O ser humano antes atingido por efeitos da natureza como frio, chuva, secas ou doenças incuráveis que lhes eram externos, agora sente os riscos manufaturados cujo emprego de técnicas científicas pode interferir no mundo biofísico (EUZEBIO, 2012). Os acontecimentos globais atingem a todos, há os efeitos do uso de tecnologias que afetam a oferta de trabalho aumentando o número de pessoas desempregadas bem como a manipulação genética nos alimentos podendo atingir a saúde das pessoas. O mercado

financeiro que pode afetar muitos; ou seja, o que se faz numa determinada região do planeta pode atingir o restante do mundo (ALEXANDRE, 2000).

O avanço da pobreza ou o mínimo de dignidade de vida avança em larga escala mundo afora aumentando em igual proporção os riscos. Um acidente em uma usina nuclear pode contaminar a carne que uma população inteira irá comer, também pode haver alta carga de aditivos químicos a fim de prolongar a vida útil dos alimentos e causar impactos na saúde de gerações inteiras de pessoas.

As relações sociais também caminham na mesma esteira das mudanças da modernidade e os relacionamentos são possíveis e ilimitados, há as necessidades de se tentar conquistar proximidade e confiança. As interações sociais vão além do seio familiar e restrito, elas se servem das orientações de peritos que as cercam de saberes, a busca pela auto realização pode se tornar um imperativo máximo que leva pessoas comuns a também se tornarem peritas a partir das benesses da Ciência os sistemas abstratos (ALEXANRE, 2000).

Esses sistemas abstratos se dariam pelo uso popular dos “saberes científicos” com sua gama de relacionamentos ainda que os conteúdos sejam de maneira rasa, mas isso gera confiança e interação entre as pessoas comuns. Gidenns entende que a consciência ambientalista formada nos anos 70-80, interferiu nos discursos políticos e gerou consciência nas pessoas, mas ainda há um futuro incerto dada a sociedade de risco (EUZEBIO, 2012).

As mudanças ocorrem de maneira mais acentuada e rápida, num ritmo mais frenético e alcançam mais por meio da globalização; ainda há a extrapolação das fronteiras no que se refere aos caminhos da produção e ao seu escoamento. Há uma separação do espaço e do tempo com possibilidades ilimitadas porque as fronteiras não são mais barreira, o local pode interferir no global e vice-versa, da mesma forma a internet possibilita saber o que está acontecendo no mundo aproximando pessoas e culturas mudando as realidades coletivas e individuais. O risco aparece nesse contexto quando a sociedade se depara com a globalização (PIRES, 2012).

Diante das variações ocorridas ao longo do tempo, vale refletir um pouco sobre os aspectos da autolesão na perspectiva da sociologia.

## A AUTOLESÃO NOS ASPECTOS SOCIAIS

A autolesão tornou-se assunto debatido e investigado mundo afora nos últimos vinte anos e de um modo geral, é tido como uma forma de comunicação dos adolescentes. Comumente se investiga a dimensão íntima da pessoa, mas há que se considerar também os aspectos das relações que a pessoa trava com os outros indivíduos.

Para a sociologia, a autolesão era vista apenas como uma comunicação entre pessoas, mas ao longo dos anos, esse tema ganhou relevância e a partir de 2001, passou a ser percebido com critérios sociológicos que abrangem a observação das relações de poder que um fenômeno humano traz dentro das relações interpessoais e uma interação assume novas maneiras dependendo do momento histórico vivido.

Também há que se levar em conta a forma como as relações interpessoais se dão e como se inscrevem as interdependências entre os indivíduos, como vão sendo formadas as configurações e teias relacionais. Novamente aparece nesse contexto a ideia de poder que pode se configurar, mas não quer dizer que haja uma regra pré-determinada para a manifestação de poder, ele é dinâmico e passeia entre as relações e são as pessoas que mudam, não são estáticas (BARBOSA, 2015).

No entanto, a sociologia não precisa somente olhar para os contextos de grupo sociais, ela pode e deve olhar para as dinâmicas pessoais dos indivíduos, mas também não deve se reduzir a olhar somente para o íntimo e privado da pessoa. Para ser uma comunicação, a autolesão teria que ser de uma pessoa para outra, de modo que aquela que recebesse o comunicado soubesse do que se trata. A interação teria que gerar elementos que sensibilizassem o interlocutor e este conseguisse entender o está sendo expresso com o gesto sem palavras, uma cultura surgiria entre duas pessoas (LADILOVA, 2020).

Para o sociólogo e antropólogo francês, Le Breton, a autolesão se insere na dinâmica de composição da identidade do adolescente (STEGGALS e GRAHAM, 2020). Para ele, o corpo tem também a função de comunicar emoções e sentimentos em consonância ao que foi apreendido e vivido por aquele que recebeu educação e experimentou os cuidados de outra pessoa. O relacionamento e os cuidados exercidos por alguém interferem na maneira como serão as atitudes e ações daquele que recebeu esses cuidados que passa a agir a partir dessas experiências vividas.

As pessoas são impactadas diariamente pelas experiências vividas e a intensidade varia de pessoa para pessoa, de época para época. A avaliação que a pessoa ou um grupo

de pessoas faz de um evento dá o contorno do sentimento que virá a partir de uma experiência vivida e os valores culturais da pessoa influenciam isso.

Mas os sentimentos não são os mesmos e cada experiência traz consigo um simbolismo próprio. Assim, os sentimentos e emoções são parte de processos contextuais e momentâneos calcados em valores aceitos por um determinado grupo social (SANTOS, 2019).

As emoções são trocadas pelos olhares que transmitem informações gerando comunicações corporais provocando outra experiência emocional de reconhecimento, contestação ou reprova. Le Breton entende a autolesão como um caminho de expressão do adolescente em que ele pode expor seus sinais e códigos sociais a fim de que seja entendida sua linguagem. Entra em cena uma atuação em que se almeja provocar emoções variadas em contextos variados a depender do momento, já que as emoções são construídas na cultura social.

As experiências do dia a dia são recheadas de emoções que geram ações, são atitudes movidas pela exigência do momento vivido socialmente (SANTOS, 2019). A pele também pode expressar o gosto pela vida e pode também diferenciar a pessoa das demais, expressa uma identidade idealizada ou projeta a fuga de uma identidade indesejada e os cortes denunciam isso. O aspecto sociológico da autolesão reside na perspectiva das relações que o adolescente trava e reage a elas agredindo seu corpo, ele está imerso em questões sociais, o social e o pessoal estão intimamente relacionados um ao outro. O corpo entra para o adolescente como algo pré-reflexivo em que há uma comunicação essencial para sua subjetividade refletir sobre si como uma pessoa única. Há uma ambiguidade das pessoas que se autolesionam e há que se individualizar para compreender cada realidade (STEGGALS e GRAHAM, 2020).

O adolescente se vê preso em um corpo que não lhe pertence, mesmo sendo seu, sente-se desajeitado, ridículo, feio, ele está submerso, embaixo, está apenas procurando o que fora pouco tempo atrás quando era criança e não tinha dúvidas que lhe atormentassem como no momento atual. Crises e assombros tomam conta do recém-chegado à adolescência, sua busca é cruel e lhe custa, não consegue se identificar nem com homem, nem como mulher, sua incerteza é angustiante, expressão do sentimento não realizado. Agredir o corpo seria agredir a representação que esse corpo tem, um desejo de se tornar algo diferente do que é, manipulando as relações para conseguir mudar de vida. No momento do sofrimento, o corpo maltratado pelas lesões funciona como uma

proteção à vida e pode impedir o suicídio, um caminho de retomar o controle se machucando para ter menos dor (LEITÃO e MACIEL, 2010).

As palavras soam com alívio, mas quando elas não aparecem, o corpo entra em ação e expressa o que não foi dito. O adolescente tem necessidade de expressão, de sentir que possui o controle da situação e ele expressa isso ainda que não verbalize, apenas mostrando o corpo lesionado. Le Breton afirma: “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” (LE BRETON, 2010, p. 27).

Mas também o adolescente que passa a agir, se torna empossado, deixa o posto de vítima e então assume uma postura política recobrando para si seu próprio corpo deixando claro em seus relacionamentos que detém a posse daquilo que lhe é próprio, seu corpo.

A autolesão mesmo que observada como patológico ou um evento antropológico, como algo natural e fruto do seu momento da vida, não seria satisfatório o caminho dos cortes visto que poderia haver meios propostos que dessem vazão aos sentimentos (PICCININ, 2021).

A autolesão sofre antipatia nas instituições, médicos a rejeitam e a têm como farsa ou a valorizam muito. Essa dinâmica afeta o tratamento e a interação médico-paciente em que são colocadas categorias de “boa menina” que estaria vinculada sua imagem a um transtorno mental; às adolescentes mais jovens, paciente-problema para os de mais idade e estariam vinculados à criminalidade e os “fora do azul” aos que tentaram suicídio. Ainda há a percepção de que seja problema de saúde mental, algo imoral ou até criminal.

Ao longo dos anos, a autolesão sofreu mudanças e deixou de ser um fenômeno biopsicológico apenas para ser um padrão social, uma maneira de expressar angústias e dificuldade de se sentir feliz. Esse movimento se deu por força da divulgação na mídia de pessoas influentes atingindo pessoas modestas socialmente e teve conotação de fala radical e idiomática oriundas da modernidade tardia sendo uma construção social (STEGGALS e GRAHAM, 2020).

Mas a sociologia tem sofrido mudanças ao longo de sua história, por conta da revolução industrial, a teoria de Augusto Comte continha uma perspectiva de futuro, um vir a ser coletivo que daria o efeito de um mundo melhor. Marx também caminhou nessa eira entendendo que haveria uma melhoria da condição operária a partir de um futuro vindouro melhor. Ambos os autores partiram do pressuposto de uma evolução social que tivesse como fruto o melhor despontar dos membros de uma sociedade a partir dos esforços individuais e coletivos ao longo do tempo.

Norbert Elias entende a sociologia como processos sociais em que nada fica estático e parado, tanto o individual quanto o coletivo passam por momentos de interdependências mútuas. Uma cadeia de relações se forma entre os indivíduos com uma figuração de poder com tensões e desentendimentos, mas também com vinculação entre todos formando a realidade social, mas com movimento vindo dos conflitos e tensões pertinentes às leis. O indivíduo não é fechado em si mesmo (*homo clausus*), ele é dinâmico, está em relação com o outro (*homo aperti*). A teia humana se dá pela interação entre os indivíduos e na convivência em um processo em franca mudança numa sociologia das configurações (CANAL, 2011).

Bruno Latour também se esquivava da tradição sociológica e olha para uma ordem social, um formato de sociedade em que se pode explicar outros formatos. As associações se dariam na sociedade e a partir disso se dariam outros vínculos não sociais, como dimensões econômicas, as línguas, as psicológicas e as biológicas. Dessa forma, a sociedade seria algo construído, mas não socialmente e caberia à sociologia identificar as associações que a sociedade teria com outros contextos e caberia aos atores sociais agirem para que a sociologia pudesse descrever suas ações.

Latour é crítico à ideia da força dos vínculos para a sociedade, para ele a sociedade teria que ser imóvel e duradoura para que o vínculo fizesse sentido como queriam as maneiras tradicionais da sociologia de ver a sociedade. Ele crê numa sociedade que é móvel e vai além dos humanos, há também os não-humanos que agem e atuam e interferem no social e que se fazem sentir seus efeitos. Os mediadores sociais são aqueles que promovem a associação entre os atores e os intermediadores são os que propagam o significado sem transformar. A relação sujeito-objeto ocorre na mediação que é dinâmica e móvel e pode surgir mudança no sujeito porque surgem as intenções de cada um.

A proposta de Latour é de uma nova sociedade, um formato novo em que os vínculos não sejam a base das relações, mas a interação entre humanos e não-humanos não olhando mais para aquilo que vem de fora da sociedade. Ele olha para diferentes forças que interagem entre si a partir de humanos e não-humanos e sujeito e objeto estão juntos e se relacionam, sociedade e natureza juntos sem que os humanos sejam superiores aos não-humanos (CANAL, 2011). Seria uma nova composição social com novas formas de coletivo em que sairia do centro o formato tradicional e entraria algo novo.

### **Aspectos e aproximação entre duas pesquisas**

Ao analisar minha pesquisa com a de Piccinin (2021), é possível perceber concordâncias e proximidade com as percepções dos profissionais participantes em minhas entrevistas. Piccinin em sua tese de mestrado intitulada “Uma dor pela outra”: uma caracterização do fenômeno da autolesão entre adolescentes, entrevistou cinco meninas que se autolesionavam usuárias do CAPSi com idade entre 14 e 18 anos e traz o ponto de vista daqueles que vivenciam em sua intimidade e podem falar com mais propriedade sobre a autolesão.

Houve queixas quanto à relação familiar e foi sinalizada a dificuldade com o pai com abuso sexual ou sentimento de solidão em que a pessoa faz os cortes para aliviar uma dor emocional.

Na trama familiar, as adolescentes participantes da pesquisa sinalizam que a relação familiar é importante para o bem-estar emocional, mas também não basta. Mesmo com boas trocas de afeto entre os convivas, há o aspecto da autolesão em adolescentes. Essa situação deixa transparecer que algo a mais ocorra no adolescente que vai além das dificuldades relacionais familiares. Pode estar ocorrendo um desapontamento com a condição dos adolescentes frente ao mundo e não necessariamente com sua relação íntima familiar. Isso corrobora com a minha percepção sociológica de que o adolescente necessita de uma liberdade de ação que não lhe é permitida socialmente.

Esse seria um aspecto já que Piccinin observou a dimensão de dor emocional quando obteve as respostas das suas entrevistadas que se referiam a algo além das boas relações familiares. Mas há também a fala das adolescentes que se refere a uma boa relação com a mãe e mais alguma pessoa da família, mas nunca delas com pai e mãe. A relação com o pai é dificultosa e não dá condição ao adolescente, isso pode sinalizar uma dependência da figura de pai e mãe em que haja uma boa relação e não ocorra a autolesão.

Também há a dificuldade em relação a homoafetividade que não é aceita pelo pai e gera choques nas trocas interpessoais entre pais e filhos. Há o desejo e necessidade de aceitação da sexualidade dos filhos pelos pais e na ausência disso, a autolesão ocorre, mas os pais também estão padecendo e sem saber como agir. Essa é uma realidade que também constatei em meu trabalho.

Aconteceu também queixa de mudança em relação à figura materna que foi danificada com a entrada na adolescência, a entrevistada disse que era amiga da mãe na infância e perdeu isso na adolescência passando a se autolesionar. Essa foi minha

percepção também, uma sensação de solidão que afeta a pessoa que busca reconhecimento materno.

Apareceu também o uso de drogas pelos pais, no caso a mãe, e isso afetou a adolescente que passou a se autolesionar; é todo o impacto que a drogadição familiar pode causar em um adolescente que não sabe como reagir passando a se cortar. Essa realidade pode ser um fator disparador do comportamento dos cortes.

Nas trocas afetivas entre amigos, as entrevistadas por Piccinin revelaram que se apoiam em poucas amizades, mas duradouras porque lhes dão mais segurança e estabilidade não variando nos momentos bons e ruins. Essa situação também apareceu nos relatos da profissional da escola que entrevistei. Os adolescentes precisam de segurança nos afetos e buscam estabilidade nas relações de amizade por desejarem fidelidade em suas partilhas e segredos.

Quando falam da experiência do ato de se autolesionar, dizem sobre a sensação de alívio que proporcionam os cortes. Seria como deixar vazar junto com o sangue aquilo que amargurava o coração, mas voltava a sensação ruim e tinha que retomar os atos para novos alívios. A professora mediadora falou sobre isso em sua entrevista em meu trabalho. Também tem a ver com a dificuldade de nomear a dor e só buscar o ato de se cortar para se aliviar das angústias.

Também há uma satisfação em se autolesionar, a pessoa chega a dizer que gosta da sensação que os cortes provocam. Isso pode ter relação com a dinâmica do adolescente dentro da escola e passa a agir com mistério diante dos colegas causando alvoroço nos demais e tendo um destaque. Ser o diferente entre os pares pode também ser algo de prazeroso e isso notei em minha intervenção na escola.

Os cortes recebem um significado individual para cada um e cada momento também assume um papel na vida da pessoa. Ora recebe uma dimensão de prazer, ora de alívio, ora de dor...

A atitude do outro tem um impacto e um efeito na vida do adolescente que passa a se autolesionar. Sentir-se abandonado, julgado ou desprezado leva-o aos cortes. Isso descrevo em concordância com Piccinin, os adolescentes carecem de confirmação e aceitação dos pares e daqueles que admiram ou têm em conta em suas vidas. Dizem que no entendimento dos familiares, é frescura os cortes e isso causa dor, principalmente se esse entendimento vem dos familiares.

Há também o comportamento de não se confiar ou se abrir com os pais com uma desconfiança do adolescente de que os pais vão acreditar neles ou que vão compreender

seu sofrimento e por isso há a necessidade de se esconder. As adolescentes também entendem que não falar de dificuldade seria uma forma de poupar e proteger os pais de sofrimento.

Uma entrevistada disse que com o passar do tempo e com a maturidade, não houve necessidade da autolesão, com o passar dos anos o comportamento da autolesão perde força ou se extingue. Mas isso mostra que há um momento da vida que há mais sofrimento e isso não deve ser desprezado. Ela lamenta a sociedade que quer impor maneiras de o adolescente se comportar e agir dizendo o que é certo ou errado. Essa postura social é negativa para os adolescentes segundo a entrevistada que afirma a necessidade de mais empatia das pessoas. Isso seria necessário para que se percebam as reais necessidades dos adolescentes que desejam ser compreendidos sem serem julgados.

Uma entrevistada afirma que deveria haver na escola o serviço de psicologia para que os alunos fossem ouvidos e alguém se interessasse pelos seus assuntos. Ela entende que na escola há mais necessidade desse serviço porque lá é onde ocorrem mais situações já que é o lugar de maior e mais tempo de convivência e onde também aparecem mais os conflitos dos adolescentes.

Também surge a crítica ao comportamento dos pais que julgam e não conseguem ajudar os filhos que desejam e querem que alguém esteja ao seu lado.

Esses foram os aspectos que surgiram na pesquisa de Piccinin (2021) pesquisador que atua como profissional em uma unidade de cpsi e que entrevistou cinco adolescentes na unidade que atua e que achei interessante citar em meu trabalho por trazer um ponto de vista que não havia em minha pesquisa ou que confirmam minhas percepções.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em minhas investigações aqui realizadas, pude adentrar em diferentes espaços e pude notar que há um movimento que valoriza a ação junto aos adolescentes visto que cada entrevistada possui uma atuação desenvolvida pela prática ou há instrução formalizada em seus estatutos e regimentos que orientam.

O adolescente vivencia em sua dinâmica relacional a realidade da autolesão que tende a aparecer mais vivamente dentro da escola que tem um espaço privilegiado de interações. É ali que há mais manifestação de entrosamento entre pares e mais significado em cada movimento uma vez que cada um expressa sua maneira de ver e sentir o mundo.

Justamente por essa questão escolar, se torna interessante olhar a partir dela para entender a dinâmica relacional entre os atores sociais que atuam em seu entorno para compreender como se dão as experiências em um território específico.

A autolesão tende a ser uma maneira de comunicação que o adolescente usa com as pessoas e situações que o cercam, sua riqueza de sentimentos experimentados em cada momento, em cada desafio, em cada ocasião para servir como uma forma simbólica adotada por grupos ou indivíduos para dizer como está seu mundo e sua interação com ele.

Mas essa comunicação via autolesão gera reações àquele que está perto da pessoa que a pratica por trazer características de dor e sofrimento, fatos que abalam e chocam proporcionando atitudes de reprovação e condenação das mais diversas visto que isso causa dor e sofrimento a quem atua junto ao adolescente que se autolesiona.

Como na escola há mais interações e mais contato entre pessoas de mesma idade e mesmo momento de desafios enfrentados, há mais riqueza de manifestação. Procura-se o banheiro da instituição, a sala de aula, o interior do grupo, as relações de confiança e confidencialidade em que o segredo seja a autolesão.

Dentre as interações entre pares, os combinados e parcerias fluem pelo espaço acadêmico e até as demonstrações explícitas de força e coragem por meio dos cortes são aprovadas ou reprovadas, o estranhamento causado nos próprios adolescentes pode trazer admiração ou repugnância, demonstração de força ou fraqueza.

Entre os alunos há uma maneira diferente de olhar para a autolesão e essa maneira difere do modo de olhar dos profissionais dos equipamentos e da família. Cada adolescente trava uma relação com sua autolesão e pode exibi-las aos colegas ou não,

pode exibir para sua família ou não, pode exibir para os profissionais dos equipamentos sociais e de saúde ou não. A decisão fica a seu cargo, a partir de sua troca consigo e com o meio.

Ao mesmo tempo que a escola se torna um local rico de manifestações das mais diversas, vira também um local de reprovações e críticas ao ato da autolesão. Não é raro alguém fazer alarde quando se depara com uma pessoa com seus cortes se exibindo mesmo que esses cortes não tragam necessariamente dores, mas antes tragam sentimento de alívio e satisfação. Ainda assim, os cortes e o sangue exposto têm o poder de mexer com as pessoas, adultas ou não.

Mas o que confirmo é o que a literatura traz a respeito do sofrimento que os adolescentes vivenciam quando não encontram apoio e acolhimento em suas interações e dentro de seus lares. Dentro do espaço comum, entre os pares, a relação pode ser de destaque e autoafirmação que geram bons sentimentos ao adolescente quando estão inseridos em grupos com características próprias que os diferenciam, a autolesão seria um requisito para fazer parte. Mas a relação familiar pode deixar um rastro de dor e insegurança quando não há compreensão e também pode deixar o mesmo sentimento quando um equipamento não consegue ajudar.

Diante das mudanças sociais ocorridas no último século com a modernidade tardia, a configuração da adolescência ocidental mudou radicalmente, mas a família acompanhou timidamente essa mudança. Recai sobre o adolescente ter que lidar com o que vivencia em suas relações sociais e entre pares, além disso tem que lidar com maneiras diferentes de entender temas caros a adolescência como autonomia, projeto de vida, drogas, sexualidade, etc. Uma cultura oposta dentro de casa pode ser encontrada e conflitos surgirem trazendo sofrimento e angústia.

Os pais querem aquilo que entendem ser bom e correto para seus filhos, mas estes não concordam. Recai sobre os adolescentes o compromisso de uma atuação dentro de uma evolução, sempre terem que responder com avanços e conquistas, um vir a ser que lhes causa sofrimentos e desencontros. Atender aos anseios dos pais pode se tornar um peso para os adolescentes e sempre ter que responder com acertos também pode ser um fardo.

A família tenta manter o controle dos caminhos que seu filho quer seguir e este quer fazer suas escolhas livremente, mas não conseguindo, o caminho dos cortes pode lhe parecer satisfatório. A sociedade mudou e continua mudando e essa mudança é mais difícil para alguns adolescentes que não sabem se seguem seus pais ou o que

experimentam nas relações fora de casa. Ao menos na percepção das profissionais entrevistadas nessa pesquisa, os adolescentes padeciam pelo que viam ou viviam com seus familiares e isso era uma carga que tinham que carregar.

Os equipamentos de saúde e sociais atuam tentando amenizar esses efeitos, mas pode aumentar as dificuldades quando não conseguem olhar para o adolescente como quem tem condições de decidir suas escolhas. Basta uma recepção áspera e reprovadora para que o adolescente se sinta mal recebido e não participante daquilo que possa ser oferecido pela unidade. Basta o local não conseguir perceber o que o adolescente traz de característica ou aquilo que ele não está conseguindo expressar como a sua sexualidade, por exemplo. As falas das entrevistadas podem estar carregadas de defesas em que cada uma procura mostrar a melhor atuação. Isso pode ser resquício do sofrimento que a própria profissional carrega sem saber que o faz e nesse sentido, a técnica da ESF pode ter sido a mais honesta em dizer que não consegue contato com os adolescentes. Paira um desejo de sucesso em que as entrevistas tentam expor seus acertos ocultando dificuldades. Mas noto que esse é um caminho de dor e sofrimento tanto quanto os adolescentes que querem esconder seus cortes por medo de não serem aceitos.

Os conflitos internos dos adolescentes diante de sua sexualidade já lhes são difíceis e ainda têm que lidar com o que vivenciam fora de si, dentro de casa e nos serviços governamentais oferecidos para lhes ajudar. Claro que tem ações admiráveis com atuações inclusivas feitas por profissionais que são sensíveis e acolhedores, mas tem também atuações se distanciam da compreensão buscada pelos adolescentes. Ele tem que confiar para conseguir se abrir e às vezes o faz por desespero, por não ter alternativa, só lhe restando o profissional daquela unidade. Uma postura moralista ainda que o profissional não diga nada, mas mostra reprova com seu olhar e com sua forma de falar com o adolescente, já é o bastante para espantá-lo e não voltar ao serviço do governo. O adolescente quer se sentir compreendido por seu interlocutor.

Quanto mais os equipamentos se aproximam dos lares, das realidades vividas, mais conseguem fazer sentido para os adolescentes e para as famílias. Essa proximidade passa a ser sem julgamentos porque vínculos são criados e conseguem funcionar já que a família está perdida sem saber como lidar com as dificuldades. Diversas realidades afligem a família que não consegue soluções, ela espera que o estado a auxilie. Os pais não sabem como agir e encontram dificuldade de se dirigir ao posto de saúde para pedir auxílio. Isso não tem a ver com as profissionais, é uma vergonha que os pais vivem e

impacta na qualidade dos serviços prestado, os profissionais se sentem sem condição de ajudar porque não há quem os procure.

Em relação aos aparatos sociais, há fragilidades também. Diante dos desafios, a medicalização surge como uma solução, mas uma realidade social em que falta o básico como alimentação e moradia, torna mais difícil. As profissionais se esforçam para dar conta, mas o remédio tem que ajudar em alguns casos.

As instituições podem conseguir mais diante dos desafios que a adolescência e sua família enfrentam. Apontar solução diante de situações tão complexas não é fácil, mas penso que há possibilidade de intervenções. A escola pode usar mais o público grande que atende com rodas de conversas e dinâmicas em que o adolescente consiga falar e ouvir, uma escuta entre pares, essa relação é terapêutica.

A escola pode fazer mais reuniões para discutir aquilo que acontece dentro de seus muros, colocar em discussão se a maneira de atuação dos educadores e funcionários está sendo interessante para o adolescente e envolver os adolescentes nessa discussão. Também inserir o adolescente para dar opiniões nos caminhos da escola, nas discussões sobre o projeto pedagógico que é seguido por todos além de participar dos grupos de conselho cujas decisões importantes acontecem.

Se ficar centrada na professora mediadora, limita a gama de possibilidades que o espaço acadêmico tem além de sobrecarregá-la. Criar momentos de troca entre os adolescentes, parece ser mais fecundo para eles e a autolesão pode se tornar um ponto de aproximação.

Os outros equipamentos penso que o Projeto Terapêutico Singular seja uma opção. Com mais profissionais envolvidos e pensando como atuar em uma situação, as chances de boas práticas são maiores. Fortalecer as parcerias na rede e reivindicações às secretarias municipais para que auxiliem mais os profissionais ouvindo-os e capacitando-os penso que seria um caminho. Os profissionais parecem estar fatigados com demandas grandes sem saber como agir, sua fragilidade emocional parece abalada com cobranças severas e necessidades diversas.

Acredito no caminho da compreensão de todos os envolvidos na dinâmica da autolesão, os adolescentes, a família e os profissionais sem ninguém ficar de fora porque todos estão implicados numa situação de sofrimentos e angústias. É necessária uma ação humanizada e ainda avançar para uma aproximação sem julgamentos a todos que precisam de compreensão e acolhida.

Agora discuto e exponho as perguntas que foram feitas no início do trabalho e as respostas dos entrevistados.

**Como é a relação da escola, dos equipamentos de saúde e sociais com o adolescente que se autolesiona?** Pude notar que há um acolhimento de uma profissional da escola que é a professora mediadora, mas o restante da escola não age da mesma forma. Há reprovos e sinalizações de que o adolescente seja o culpado pelos seus cortes, que precisa parar por ser frescura. A escola coloca uma carga nas costas do adolescente exigindo que ele pare com seu comportamento sem saber o motivo que o tem levado àquilo. Mas o ambiente é educacional e há o desejo de que os acadêmicos avancem em suas práticas e a ficar estacionado em seu sofrimento pode ser entendido como perda de tempo.

A literatura é vasta ao olhar para as dores sentimentais dos adolescentes destacando seu sofrimento e essa percepção é confirmada quando se olha para os relatos dos profissionais dos equipamentos sociais e da saúde. Mas quando olho para a interação que eles travam com os adolescentes, facilmente há a observação do desafio enfrentado pelo adolescente que sofre, mas pouco se diz das tradições opressoras que caminham na história e que trazem para a atualidade rigores impostos aos adolescentes. Há fatores culturais que atingem a todos e não se consiga notar o abatimento que isso traz a todos, inclusive os professores e diretores que querem que os adolescentes saiam do sofrimento e da fragilidade.

A professora mediadora aparenta interferir pouco na relação que os outros profissionais da instituição de ensino têm com os adolescentes, seu trabalho se resume no acolhimento e na interação particular com cada aluno.

A ESF fez menção de ir a campo para encontrar o público adolescente, mas fez isso por constrangimento que pareceu sentir diante do curso da entrevista. Este equipamento coloca a adolescente como responsável pela reação distante ao dizer que há omissão em não falar do que está vivendo.

A UBS tem um bom fluxo e adolescentes em seu espaço, isso facilita a proximidade. Mas também só há contato quando os cortes são visíveis. Não há uma atuação preventiva do equipamento visando ofertar acolhimento para que os adolescentes que se autolesionam se aproximem.

O CT assim como a UBS, só age quando há uma situação visível de autolesão, não há um trabalho preventivo que inclua os adolescentes e seus desafios enfrentados em suas relações.

O CAPSi tem uma boa interação com os adolescentes que autolesionam, mas não há nada preventivo realizado. A dinâmica do atendimento é direta com esse público e é o equipamento que mais recurso apresentou porque faz uma percepção mais ampla do que está acontecendo para poder agir.

De modo geral, os equipamentos só fazem ações quando se deparam com a autolesão manifesta dentro de seu espaço. O CAPSi faz ações mais amplas e consegue mais abrangência por que olha para as diversas relações e interações que o adolescente tem. A escola foi o que mais preocupação apresentou, mas se limita a contatos privados com os alunos sem olhar para as interações fora da escola que o adolescente faz.

### **Como é a relação da escola, dos equipamentos de saúde e sociais com as famílias dos adolescentes que se autolesionam?**

A coordenadora da ESF foi o que apresentou menos interação com pouca proximidade com as famílias e com o seu território de abrangência. A entrevista também foi a mais curta e a entrevistada apresentava pouco conhecimento do assunto aparentando desconforto ao abordar sua realidade enquanto equipamento de saúde. Há uma insatisfação em torna do trabalho desenvolvido e isso afeta toda a dinâmica da instituição. Quando o equipamento acessa a casa das pessoas por meio dos ACS, não ocorre proximidade com os adolescentes por se entender que dificultaria ainda mais a relação. A percepção é que as famílias usam o espaço apenas como meio para acessar outros serviços aparentando que o fluxo de usuários seja pouco em vista da área atendida pelo equipamento. Isso pode gerar um abatimento na equipe com frustração e isolamento.

O CT, por causa de seu compromisso na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, tem uma interação com as famílias marcada pela cobrança e pela correção. O equipamento não menciona questionamentos sobre seu formato de ação e o que isso pode gerar de distanciamento ao adolescente que se autolesiona.

A escola expressa distanciamento das famílias olhando-as como causadora de maior parte dos episódios de autolesão dos adolescentes. Se pensar no seu todo, a escola tem facilidade de reprovar o adolescente que se autolesionar, salvo a atuação da professora mediadora que age solitária com uma visão diferente dos demais.

A UBS tem bom fluxo de famílias em seu espaço, mas se esbarra na ideia de que elas sejam mal estruturadas com possibilidade de isso ser os motivos da autolesão dos adolescentes. A interação com as famílias tende a ser de reprovas e correções.

O CAPSi tem boa relação com as famílias, aparenta boas trocas, mas se limita ao que chega em seu espaço sem nenhum trabalho que promova aproximação.

De modo geral, todos os equipamentos esperam da família alteração em seu comportamento para que os adolescentes também mudem de comportamento. Não há ação de prevenção e nenhum deles questionou ou refletiu sobre sua atuação.

### **Como é a relação dos equipamentos de saúde e sociais?**

Esse assunto abordei no corpo do texto sobre as entrevistas, mas o que pude notar é que há dificuldade de todos interagirem. Alguns têm mais atuação de rede como o CAPSi e a UBS, mas entre todos há pouca proximidade de um para com o outro. O pouco de aproximação se dá quando é visível a autolesão em seus espaços e não há nenhum trabalho de sensibilização envolvendo os adolescentes e suas famílias como forma de prevenção à autolesão e nenhum trabalho de aproximação entre os equipamentos e feito.

### **Quais queixas aparecem nessa relação?**

Esse tema também já abordei, mas o que apareceu para mim é que os equipamentos são descontentes com a atuação da rede. Os serviços ficam prejudicados por causa da falta de aproximação e cada um observa a falha do outro sem conseguir olhar para suas próprias dificuldades.

### **Como é a relação entre a escola e os equipamentos que atuam em seu entorno?**

Essa pergunta teve maior destaque para mim e o que concluo é que há pouca ou nenhuma interação entre os membros dos equipamentos. Cada espaço aparenta esperar que o outro faça contato e os serviços ficam prejudicados, parece haver uma esquivada da demanda dada sua complexidade e desafio, temores e inseguranças podem tomar conta e as técnicas não conseguem agir. Há fatores que dificultam como o território que a instituição de ensino abarca e a diversidade de bairros que os alunos veem e não estão no raio de ação dos equipamentos participantes nessa pesquisa.

Mas a relação entre os cinco equipamentos entrevistados é fraca ou pouco funcional diante da autolesão dos adolescentes. Justamente o local de maior manifestação de autolesão que é a escola, é o que menos interage com a rede. Mas de modo geral, a interação é fraca ou não existe prejudicando o funcionamento dos serviços prestados.

Cada equipamento lamenta a atuação dos demais tendo uma atuação passiva sem esboçar uma atitude que mude essa realidade. Também não houve nenhuma autocrítica acerca do próprio trabalho desenvolvido, mas todos expressaram suas boas práticas executadas em seus espaços.

### **Na interação do adolescente e sua família, quais estratégias são utilizadas pelos equipamentos que reforçam a dificuldade de aproximação?**

A sensação de que a autolesão será reprovada, de que o adolescente será reprovado, pode provocar distanciamento entre ele e as técnicas dos equipamentos. Aspectos de sexualidade podem distanciar como a homoafetividade em que só características biológicas são levadas em conta. De forma geral, as técnicas têm dificuldade em lidar com a diversidade sexual do adolescente e o distanciamento se torna a alternativa eficaz não por descuido delas, mas pela complexidade do tema para a família e seus filhos.

### **Quais constrangimentos e estigmas os adolescentes que se autolesionam sofrem?**

Os adolescentes são considerados como quem precisa de ajuda ou de cura sem que antes sejam ouvidos, embora todas as entrevistadas mostraram interesse e desejo de ouvi-los. Há uma noção de que eles sejam de difícil acesso e sem vontade de interação. Por que eles evitam falar de seus cortes a estranhos, pode se dar uma generalização sem que se perceba o que de fato precisam.

São vistos como causadores de problemas em suas casas, como aqueles que precisam e devem mudar seu comportamento para interromper as dificuldades nas relações familiares. A autolesão alarma as profissionais dos equipamentos e gera preocupação, mas o enfoque no sofrimento é o considerado por todas e as questões sociais como pobreza que envolve a pessoa é pouco olhada, prevalece um conformismo nos equipamentos que aceitam passivamente que não há o que fazer. As profissionais não se veem como agentes sociais capazes de falar em nome da população que atendem, são intimidadas pela condição que vivenciam em seus trabalhos.

### **A partir da percepção dos equipamentos, como a família entende a autolesão de seus adolescentes?**

Segundo os equipamentos, a família entende a autolesão como frescura dos seus filhos. A noção é que o adolescente vive conflitos que não são reais, são desprezíveis e sem fundamento e não precisam ser ouvidos. Essa dinâmica é terrível para os adolescentes que se ressentem por não se sentirem acolhidos dentro de casa.

Ao mesmo tempo que a família vê a autolesão como frescura, também não sabe o que fazer. Fica perdida quando percebe que seu filho age por meio de seu corpo, a reação é de reprova e acusações que intensificam os conflitos entre pais e filhos.

Algumas técnicas dos equipamentos disseram ter interação com o público adolescente e com as famílias, expressaram boa relação com o tema da autolesão e ricas práticas dentro de seus espaços. Dizem que há demanda em que cada instituição tem

contato com a autolesão e os adolescentes que os procuram, e aí conseguem ajudá-los. Mas ninguém citou a dificuldade e o desconforto que os adolescentes podem sentir ao procurar seus serviços e tão pouco citou suas próprias dificuldades. Parece que as profissionais são proibidas de reconhecerem suas fragilidades e limitações, são proibidas de reconhecer sua humanidade. Nenhuma técnica questionou o motivo de distanciamento que os adolescentes podem ter, o que ocorre é uma postura passiva diante desse distanciamento, há um sofrimento em torno da questão e que não pode ser expresso e reconhecido e um discurso idealizado é mantido. A escola é o único local onde os adolescentes se aproximam espontaneamente para encontrar amparo afetivo e também é onde alguém consegue ir até eles, mas a atuação é solitária com baixo envolvimento da rede. A escola não recebe muito auxílio da rede, mas ela deveria encaminhar aluno e se envolver com a rede para que recursos cheguem ao adolescente e sua família.

O manejo se torna eficaz quando bem executado, mas fragiliza quando não é praticado e é entendido como necessária uma boa execução por todas as entrevistadas. É de consenso que se deva ter uma paciência e um cuidado para acessar o adolescente que vive a autolesão, mas nenhuma falou do estresse que pode interferir nas relações e nos atendimentos, para uma dificuldade de expor fragilidades, mesmo que haja muitas. Entretanto para o manejo, o vínculo aparece como fundamental para uma atuação eficaz que gere satisfação ao adolescente e a profissional que o atende. Ela deve transmitir confiança e parceria para conseguir uma boa troca e entender o que ocorre, uma escuta qualificada se faz necessária e pode ajudar ambas envolvidas. A profissional também necessita de vínculo e sensação de confiança para que seu trabalho prospere.

Visitar a casa por conta de suas atribuições legais ou orientações de atuação é uma prática tímida das profissionais dos equipamentos e alguns relatam não fazer, embora fosse interessante que fizesse para o bem-estar delas mesmas, mas há dificuldades com falta de pessoal e de recursos.

A classe social pobre é sinalizada pelas entrevistadas que entendem ser uma característica que facilita a autolesão dos filhos, mas há uma dificuldade em averiguar e entender com o adolescente se isso acontece mesmo. O processo interação é interrompido e as linguagens caladas entre adultos e adolescentes, as trocas de comunicação se perdem sem que se chegue a uma solução. Ambos ficam sem saber e sem conhecer o que lhes causa dor, apenas se assustando e se esquivando da interação.

Atitudes de indiferença ou reprova podem gerar desconforto no adolescente e a família mostra incertezas de como reagir. A insegurança diante do comportamento dos

filhos faz com que a família peça ou espere ajuda dos equipamentos, mas esta é reduzida ou não acontece. Alguns equipamentos nem conseguem ir em suas áreas de abrangência para saber das necessidades locais e isso pode ser fonte de auto reprovação e frustração para as profissionais.

A família se defende da situação dizendo que é frescura o que o filho faz responsabilizando-o e isso as entrevistadas concordam que seja promotor de novos episódios de cortes no corpo. A falta de afeto no ambiente familiar é reconhecida pelas entrevistadas como sendo de impacto e prejuízo para o adolescente que tem que lidar com brigas e desavenças dentro do lar, agressões físicas e separações dos pais.

A falta de afeto é entendida como causadora da autolesão dos adolescentes e todas as entrevistadas procuram agir para melhorar a interação nas relações sociais para que diminuam os impactos. Diante da falta de afeto dentro do lar, o adolescente procura se esconder e teme falar de sua dificuldade em lidar com o que percebe de falta. Permanece um desejo constante de conquista afetuosa com os pais, mas não conseguindo, a autolesão pode aparecer como solução. Nessa situação, há um esforço de acolhimento ao adolescente que encontra alívio ao conseguir verbalizar suas percepções. Mas nenhuma entrevistada dos equipamentos relatou uma fala de algum adolescente que fosse de reprova a sua atuação, algo que pudesse mostrar a fragilidade do serviço para possível melhora. Todos expuseram seus acertos e entendo isso como sintoma daquilo que elas carregam consigo, o sofrimento que está estampado em suas vidas e que não as permitem perceber suas próprias mazelas. Se aparecer alguma crítica ao trabalho realizado pelo equipamento, a sensação de reprova individual seria provável.

Outra citação dos entrevistados é em relação à sexualidade que provoca desconforto na família que tende a não concordar com os filhos quando caminham para a homoafetividade. Nesse ponto as técnicas dos equipamentos se mostram compreensivas com os adolescentes desejando atuar junto aos pais para haver ao mais conversa sobre o assunto.

Também é citado que o gênero masculino aparece como menos praticante da autolesão em relação às meninas. As imposições sociais de força e virilidade é entendida pelos equipamentos como tóxicas aos que não se enquadram nos formatos aceitos socialmente, é notada a necessidade de a escola atuar diante disso por se entender mais propício em seu espaço.

Mas também há o medo dos adolescentes de se exporem para os equipamentos temendo que sejam reprovados da mesma forma que os pais fazem. Tanto o medo de

expor os cortes quanto de expor seu sofrimento e seus motivos, mostra uma desconfiança em relação ao pensamento das profissionais diante das questões vividas pelos adolescentes que preferem não se abrir para não sofrerem novamente reprovações. Há o temor em relação aos profissionais, e ninguém sinalizou preocupação com isso.

A dificuldade de se sentirem aceitos em suas relações faz com que os adolescentes se esquivem das proximidades ou desconfiem quando lhes são sugeridas. Os temores aumentam diante de uma pessoa que seja estranha sendo imprescindível um olhar atendo àquele que pretende ofertar uma ajuda ao adolescente que tem como característica a autolesão.

De modo geral, as entrevistadas dos equipamentos dizem procurar atender aos anseios dos adolescentes com autolesão. Sua prática visa ofertar acolhida a eles e aos familiares para minimizar os efeitos das relações entendidas como desgastadas. Mas há uma tendência de olhar para a relação entre pais e filhos e deixar de lado a interação entre os adolescentes e os profissionais que os atendem. Há uma dificuldade em olhar para o que abate as profissionais, aquilo que elas sentem lidando com demandas tão exigentes.

Entre as profissionais dos equipamentos há queixas, todas manifestaram algum tipo de insatisfação na vida diária e colocaram a escola como ausente. A instituição de ensino se esquia dos contatos com a rede de proteção se dedicando mais aos movimentos internos, sua atuação é em relação aos alunos e expressa preocupação com a dinâmica familiar, mas pouco consegue fazer para alterar relações desgastadas se limitando ao contato individual com os alunos. Mas também não houve manifestação de querer mudar essa realidade, nenhum entrevistado sugeriu de ir à escola para propor relações mais estreitas entre os profissionais e atingir as fragilidades. Mas o sofrimento psíquico é o mais notado dentro do espaço acadêmico e o volume de queixas é grande. Se a escola não acessa a rede, esta também não o faz.

A escola tende a não observar além das possíveis dores emocionais, ocorrem as interações de grupos com características próprias e de forte apelo identitário que tem poder de oferecer satisfação aos participantes se tornando prazerosa a convivência em grupo onde a autolesão é sua marca. Também a autolesão pode ser um desejo de ser encontrado e por isso os cortes dentro do espaço de convivência entre pares onde há exibição. Para aquele adolescente que esconde seus cortes ou mostra somente para alguns colegas, pode haver o desejo de confiança e compromisso do colega.

Se entendermos a autolesão como uma forma de comunicação do adolescente, ela então não precisa somente ser vista pelo viés do sofrimento emocional, mas também ser

visto pela sensação de satisfação que os cortes podem trazer quando há o desejo de demonstração de força e poder perante os pares e perante a família.

A escola aparece em todas as falas das entrevistadas como sendo ausente com certa indiferença com os serviços oferecidos pela rede de apoio, mas também se queixam das famílias como ausentes sem expressar alternativas para essa realidade.

As profissionais dos equipamentos participantes da pesquisa expressam insatisfação com essa postura da instituição de ensino e entendem que ações que fossem realizadas dentro do seu espaço seriam eficazes para desmistificar temas relevantes para os adolescentes. Mas somente deixam a cargo da escola a execução dessas ações. Se a rede fosse até o espaço acadêmico e fizesse atividades em conjunto, a situação poderia mudar e talvez houvesse menos queixa.

A professora mediadora da escola se mostra queixosa em relação à demanda de adolescente que se autolesiona, mas se mostra isolada em sua atuação travando relações exclusivas com os alunos sem promover abertura e entendimento ao que causa a autolesão. Também não vislumbra mudar essa situação, não coloca possíveis ações que envolvam a rede.

É necessária e eficaz a atuação da professora mediadora dentro da unidade, mas parece haver um descompasso com o restante dos profissionais da escola, fato que fragiliza a dinâmica porque quando a professora mediadora não estiver atuando mais, a instituição poderá regredir aos comportamentos de dificuldade de proximidade com os alunos. Essa questão parece não incomodar a entrevistada da escola que relata tentar exaustivamente lidar sozinha com tudo que chega para ela.

A técnica do CAPSi se mostra insatisfeita com a percepção da rede de proteção que olha para os profissionais do equipamento como sendo aqueles que tem a obrigação de resolver toda e qualquer situação que envolva saúde mental e desafios enfrentados pelos adolescentes. Como a entrevistada mesmo falou: “Aqui é o fim da linha!” Referindo-se à visão que se tem de que o equipamento tem o compromisso de oferecer solução para a prática de autolesão. Esse equipamento fica num lugar que propicia esse comportamento dos outros membros da rede de apoio, como o sofrimento emocional é o que fica mais visível, fica conveniente mandar para o CAPSi resolver.

A coordenadora da ESF tem uma relação menos interativa com o público que atende não sabendo falar sobre ele. Ela é queixosa em relação à comunidade que vem pouco ao espaço de saúde ou vem para retirar encaminhamentos para outros locais de saúde, mas pouco se consegue fazer para alterar essa realidade.

A conselheira do Conselho Tutelar descreve uma interação do seu equipamento com um pouco de choque com a população atendida por causa das suas características policialescas de atuar que privilegia o cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes. Essa maneira de atuação prejudica a proximidade espontânea das pessoas que têm receios do órgão por temer represálias.

A coordenadora da UBS tem uma boa interação com a população atendida, tem boa experiência de atuação e lida basicamente com a classe pobre. Mas sua percepção é de observância negativa da condição social dos usuários do local. Há tendência de culpabilizar as famílias e a pobreza pelas dificuldades vividas e associar isso ao comportamento da autolesão dos adolescentes filhos dessas famílias. A técnica está distante de questionar seus posicionamentos diante da comunidade pobre que atende.

De modo geral, as profissionais dos equipamentos trazem uma perspectiva de atuação diante da autolesão observando esse comportamento a partir do que percebem das dificuldades vividas pelos adolescentes, mas também se deparam com a dificuldade de acessar o adolescente que tende a se fechar não falando de suas práticas; também ocorrem práticas tímidas que facilitem a proximidade com o público adolescente. Elas são pouco críticas às suas ações e práticas não as colocando como possíveis empecilhos ao atendimento aos adolescentes. Também não se questionam sobre os motivos para esse público não se aproximar das unidades e isso pode ser por causa do sofrimento que abate cada uma em sua realidade e são levadas a não olharem ao redor tamanha a frustração que carregam.

Embora seja notado por todas as entrevistadas que o vínculo é algo eficaz na atuação com o adolescente autolesionante, a sua prática é modesta ou não consegue atingir aquele adolescente que se esquia de contatos e relações sociais. As técnicas dos equipamentos apresentam pouca capacidade de acessar essa realidade caso o adolescente ou a família não sinalize que esteja acontecendo algo e isso impede alternativas de ações. Embora haja o desejo de acessar a demanda, ocorre o contrário. A pessoa que está ali para acolher e oferecer ajuda se vê limitada em sem condição de atuação.

A família do adolescente que se autolesiona precisa do que os equipamentos oferecem, mas também precisa encontrar acolhimento e parceria. Caso se sinta reprovada ainda que de fato não haja isso, a relação se tornará difícil já que ela passa por mazelas e desafios e não está sabendo como reagir. Se sua condição social for fator de distanciamento ou por vergonha ou por saber que se sentirão discriminadas, não vão se abrir a ajuda. Digo isso para expor como é delicado se dirigir a essas pessoas que de tanta

necessidade tem que se esquivam e se fecham se sentindo impróprias ou julgadas por aquela pessoa se adentrou sua casa tentando ajuda-la. Assim como agem com seus filhos que se autolesionam entendendo que eles têm que parar com essa prática porque é frescura, a família pode entender que tenha que resolver suas dificuldades sozinha e longe da sensação de preconceito sentido na interação com os equipamentos. O desafio do trabalho é grande e as entrevistada expressaram isso.

Quando eu me fiz a pergunta do motivo para o adolescente não acessar os equipamentos sociais e de saúde e estes não acessarem os adolescentes, obtive uma resposta. Conseguir entender que há desafios enfrentados pelos adolescentes que os impedem de aproximar dos equipamentos por temor de uma possível reprova, a dificuldade de expor sua sexualidade publicamente e não saber o que os equipamentos têm para oferecer. Há receios de serem expostos aos pais, serem comunicadas suas possíveis fragilidades ou simplesmente ser contado algo que não querem contar e isso os adolescentes não querem que aconteça, daí o fechamento.

Dos equipamentos, notei que há desejo de acessar o público adolescente, mas há dificuldades e receios talvez por força da idade que eles estão. Por acharem mais difíceis de serem acessados, entenderem que não vão conseguir diálogo porque adolescentes são fechados até com os pais, mas também pude ver que há uma estagnação sem se importar com a ausência dos usuários adolescentes nos espaços sociais e de saúde. O profissional que está na função de ajudar e acolher, se depara com suas limitações e sofrimentos internos não conseguindo avançar e sequer parece ter noção disso.

Em relação à família, percebi que o acesso delas também é fraco, elas buscam mais aquilo que está faltando em suas vidas e os filhos não entram nisso. Teria que haver um estímulo dos equipamentos para que passassem a ter noção de que os adolescentes precisam de atenção, independente de praticarem a autolesão.

Ela também passa por mudanças em sua forma e maneiras de ser e há conflitos entre o formato tradicional e o moderno. Esse choque gera conflitos entre os adolescentes que ficam sem saber a quem seguir.

A mudança de paradigma social em que estamos tende a facilitar divergências de valores e costumes e os adolescentes reagem com questionamentos que precisam ser ouvidos e a autolesão pode ser o sinal visível disso. Para facilitar esse processo, os equipamentos podem e devem ajudar, mas há que se olhar também para as pessoas que estão atuando lá, olhar para aquilo que elas não sabem dizer ou não conseguem por entenderem que não podem ou não deviam.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. **Automutilação: do desespero ao pedido de ajuda!** Web palestra. Disponível em: < <http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/Webpalestra-17.09.2019.pdf>>. Acessado em 20 de junho de 2021.

ALMEIDA, R. S; CRISPIM, M. S. S; SILVA, D. S; PEIXOTO, S. P. L. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/educacional. Ciências Humanas e Sociais. Alagoas. V. 4. N. 3. p. 147-160. Maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/5322/2803> Acessível em: 30/06/2022.

ALMEIDA, A. P. A “sociedade do desempenho” na perspectiva de Byung-Chul Han: sobre a possibilidade de uma aproximação com Immanuel Kant a partir das noções de “autonomia” e “liberdade”. Escolas de humanidades. Intuitio, Porto Alegre, v. 14, n.2, p. 1-15, jun-dez 2021. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/intuitio/article/view/35848/27250>. Acessado em: 15/10/2022.

ARAGÃO, F. B; SOUZA, J. M; MOREIRA, E. S; VALE R. R; CAIXETA M. H; CAIXETA C. C. Automutilação na adolescência: fragilidades do cuidado na perspectiva de profissionais de saúde mental. Enferm Foco. 2021;12(4):688-94. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/automutilacao-adolescencia-fragilidades-cuidado-perspectiva-profissionais-saude-mental.pdf>. Acessado em: 13/06/2022.

ARIÉS, P. História da Criança e da Família. Tradução de Dora Flaksman. Segunda edição 1981. LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro.

BARBOSA, R. P. Introdução à Sociologia. Educação: Teoria e Prática/ Rio Claro/ Vol. 25, n.48/ p. 390-395/ Jan-Abr. 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Renata-Barbosa/publication/304446653\\_Resenha\\_da\\_obra\\_ELIAS\\_Norbert\\_Introducao\\_a\\_Sociologia](https://www.researchgate.net/profile/Renata-Barbosa/publication/304446653_Resenha_da_obra_ELIAS_Norbert_Introducao_a_Sociologia)

\_Traducao\_Maria\_Luisa\_Ribeiro\_Ferreira\_Braga\_Portugal\_Editora\_Pax\_Limitada\_1980/links/60ba27d392851cb13d79551b/Resenha-da-obra-ELIAS-Norbert-Introducao-a-Sociologia-Traducao-Maria-Luisa-Ribeiro-Ferreira-Braga-Portugal-Editora-Pax-Limitada-1980.pdf. Acessado em: 12/10/2022.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARROS, S. C e RIBEIRO, P. R. C. Sexting, sextasting, revenge porn e nudes: como a escola pode atuar nas discussões dessas práticas. Debates contemporâneos sobre Educação para a Sexualidade. Disponível em:  
[http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates\\_contemporaneos\\_educacao\\_sexualidade.pdf?sequence=1&source=post\\_page#page=233](http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates_contemporaneos_educacao_sexualidade.pdf?sequence=1&source=post_page#page=233) Acessado em: 01/07/2022.

Biblioteca Virtual em Saúde. (2020). DeCS– Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em:  
[https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=13038&filter=ths\\_termall&q=automutila%C3%A7%C3%A3o](https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=13038&filter=ths_termall&q=automutila%C3%A7%C3%A3o). Acessado em: 28/10/2022.

BIRMAN, J. laços e desenlaces na contemporaneidade. Jornal de Psicanálise, São Paulo, 40(72): 47-62, jun. 2007. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v40n72/v40n72a04.pdf>. Acessado em 03/10/2022.

BORGES, K. Psicoterapia afirmativa. Uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais. Klecius Borges – São Paulo: edições GLS, 2009. Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil. Disponível em:  
[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=FGhI8uvkP4UC&oi=fnd&pg=PA1&dq=dificuldades+entre+pais+e+adolescentes+homossexuais+com+automutilacao+&ots=G\\_DTm4to5A&sig=E\\_rCUfgUJIoOp9s2Qd68CkyURLA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=FGhI8uvkP4UC&oi=fnd&pg=PA1&dq=dificuldades+entre+pais+e+adolescentes+homossexuais+com+automutilacao+&ots=G_DTm4to5A&sig=E_rCUfgUJIoOp9s2Qd68CkyURLA#v=onepage&q&f=false) Acessado em: 02/07/2022.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva, 2010-A.  
 \_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

BRASIL, Ministério da Educação. (Base Nacional Comum Curricular 2017). Educação é a Base. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/> Acessado em 04/06/2022

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Gabinete do Ministro. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acessado em: 04/06/2022.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps> Acessado em 03/06/2022.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Volume I. Brasília DF 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acessado em 05/06/2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2021 Jan 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html) Acessado em: 13/06/2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília: MS, 2004a. 340 p. disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leg\\_saude\\_mental\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leg_saude_mental_2004.pdf). Acessado em: 14/06/2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de proteção de saúde. 2ª edição. Editora MS. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acessado em: 14/10/2022.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e do Adolescente 8069/90. Brasília. MEC 2004. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069\\_02.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf). Acessado em: 11/06/2022.

BRITO, M. D. L. S. et al. Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores. Escola Anna Nery 24(4) 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VT9rfDgLkb7cnhdrJjw4GXc/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 17/06/2022.

BRITO, C. O; NASCIMENTO, C. R. R; ROSA, E. M. Conselho tutelar: rede de apoio socioafetiva para famílias em situação de risco? Pensando fam., Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 179-192, jun. 2018. Disponível em <[http://](http://http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n1/v22n1a14.pdf)> Acessos em 24 jun. 2022.

BECK, U. Introdução da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. 1997. \_\_\_\_\_ . Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. Editora 34. São Paulo 2010.

CHAVES, V. C. B; ALENCAR, O. M; MARINHO, M. N. A. S. B; GOMES, K. W. L; SILVA, M. R. F. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde como doação, abnegação e criação de vínculo: subjetividades produzidas. Disponível em: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/331/388> Acessado em: 06/06/2022.

CLOT, Y. Trabalho e poder de agir. Belo Horizonte, Fabrefactum, editora, 2010

CANAL, N. U. Entre figurações e associações. A sociologia de Norbert Elias Bruno Latour. Acta Sientiarum, Human and social Siences. Maringá, v. 33, n.2, p. 139-148, 2011. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/11771/pdf>.

Acessado em: 13/10/2022.

CAMPOS, G. W. S; FIGUEIREDO, M. D; JÚNIOR, N. P; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Comunicação Saúde Educação 2014. Disponível em:

[edalyc.org/pdf/1801/180135772016.pdf](http://edalyc.org/pdf/1801/180135772016.pdf). Acessado em: 05/06/2022

CAPPELLE, M. C. A; MELO, M. C. O. L; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais & Agroindustriais, [S. l.], v. 5, n. 1, 2011. Disponível em:

<http://www.revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/251>. Acessado em:

14/10/2022.

CESAR, M. R. A. Da adolescência em perigo à adolescência perigosa. Dossiê – Criança e Adolescência Excluídos: Ações e Reflexões. Educ. rev. (15). Dez 1999. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/er/a/W5pRYd7ctrGNrLcMvRRTRjk/?format=pdf&lang=pt>.

Acessado em: 07/10/2022.

COSTA, E. R; Oliveira, K. E. A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. **Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campos Jataí**, v.2, n.11, (2012). Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/20332>. Acessado em: 20 de mai. 2018.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15 (4): 679-84. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt>.

Acessado em 15/11/2022.

DANELLOU, F; LAVILLE, A; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Nº 66 – Vol. 17. Novembro, dezembro, 1989.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiótica dos transtornos mentais. 2ª edição. Artmed 2008.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 13ª edição. Editora Graal, 1988. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod\\_resource/content/1/Hist%C3%B3ria-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf). Acessado em: 05/10/2022.

\_\_\_\_\_, M. O nascimento da clínica. Primeira edição brasileira. Editora Forense-universitária, Rio de Janeiro 1977.

CAMPOS, G. W. S; FIGUEIREDO, M. D; JUNIOR, N. P; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, num. 1. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, dezembro de 2014.

GIUSTI, J. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Orientador: Sandra Scivoletto 2013. Tese de Doutorado da Biblioteca USP. Disponível em:  
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>.  
Acesso em: 26 set. 2018

\_\_\_\_\_, J. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/T.5.2013. tde-03102013-113540. Acesso em: 2022-10-29.

GOMES, S. F. D; MINAYO, M. C. S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

GOMES C. M; HORTA N. C. promoção de saúde de adolescente em âmbito escolar. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14606/7832>.  
Acessado em: 11/06/2022.

GOMES, M. M. A evolução da família: concepções de infância e adolescência. Educação pública: desde 2001 a serviço da educação. Disponível em:  
<https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/16/a-evoluo-da-familia-concepes-de-infncia-e-adolescencia>. Acessado em: 04/10/2022.

GONÇALVES, J. N; SILVA, E. P. Q. Automutilação, gênero, sexualidade e escola. Debates contemporâneo sobre Educação para a Sexualidade. Disponível em:  
[http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates\\_contemporaneos\\_educacao\\_sexualidade.pdf?sequence=1&source=post\\_page#page=233](http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates_contemporaneos_educacao_sexualidade.pdf?sequence=1&source=post_page#page=233) Acessado em: 01/07/2022.

HAN, B. C. No enxame: perspectiva do digital. Byung-Chul Han; tradução de Lucas Machado – Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

HORTA, N, SENA, R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, 475-495, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n2/475-495/pt>. Acesso em: 01 out. 2020.

JUNIOR, J. Evolução dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 02, Ed. 01, Vol. 13, pp. 61-74. Janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/lei/evolucao-dos-direitos>. Acessado em 15 de junho de 2021

MACEDO, O, PESSOA, M.; ALBERTO, M. Atuação dos Profissionais de Psicologia Junto à Infância e à Adolescência nas Políticas Públicas de Assistência Social. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 35, n. 3, 916-931, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000300916&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300916&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 out. 2020.

MAGNARO, C; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde debate* 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TWX6Kmgys8H3vmm3QktG7Kv/?lang=pt&format=html>. Acessado em: 27/03/2023.

MOURA, A. et al. Boletim de Sociologia Militar. Centro de Psicologia Aplicada do Exército. Número 3. Lisboa 2012

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Temas livres. Ciência Saúde Coletiva* 15 (5). Agosto 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HrVrKQ8ZKtFfRM3wtnYPDDL/?lang=pt> Acessado em: 29/06/2022.

LIMEIRA, C. M. Lei Ordinária de 12 de dezembro de 1995. Disponível em <http://consulta.limeira.sp.leg.br/Normas/Exibir/272> Acessado em 27/05/2022

LEITE, V. J. A captura das crianças e dos adolescentes: refletindo sobre controvérsias públicas envolvendo gênero e sexualidade nas políticas públicas de educação. *Séries-estudos, Campo Grande, MS*, v. 24, n. 52, p. 11-30, set/dez. 2019. Disponível em:

<https://serieucdb.emnuvens.com.br/serie-estudos/article/view/1354/pdf> Acessível em: 04/07/2022.

LEITÃO, D. K; MACIEL, M. E. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropologia. Horizontes antropológicos, Porto Alegre, ano 16, n. 33, p. 25-40, jan/jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/KJyqh8ryDjNzrsdJx7wF7wv/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 22/10/2022.

LADILOVA, A. Multimodal Metaphors of Interculturereality. Justus-Liebig-Universität Gießen / Germany. Rev. Estud. Ling., Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 917-955, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/PSICO/Downloads/16345-1125623246-2-PB.pdf>. Acessado em: 12/10/2022.

LUVIZOTTO, C. K. As tradições gaúchas e sua racionalização na modernidade tardia (online). São Paulo: Editora Unesp; São Paulo: cultura acadêmica, 2010. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/cq8kr/pdf/luvizotto-9788579830884.pdf>. Acessado em: 09/10/2022.

MARQUES, J. F; QUEIROZ, V. O. Q. Cuidados ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. Ver. Gaúcha Enferm. 33 (3). Set 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/QFZdJ9YdQf7Py93c8VPjm6K/?lang=pt>. Acessado em: 05/06/2022.

MARTINS-SILVA, P. O; SOUZA, S. J; NASCIMENTO, D. B; NETO, R. R. Q. Adolescentes e homossexualidade: representações sociais e identidade social. Outros Temas. Cad. Pesqui. 42 (146). Ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742012000200009> Acessado em: 05/07/2022.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec., 2013

MORAIS, D. X; MOREIRA, E. S; SOUSA, J. M; VALE, R. R. M; PINHO, E. S. D, SILVA, P. C. “Caneta é a lâmina, minha pele o papel”: fatores de risco da automutilação em adolescentes. Ver. Bras. Enferm. 73 (suppl) 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PHCSPVm5wQncdn6LfdxWV9K/?lang=pt#> Acessado em: 29/06/2022.

MORAES, B. R; WEINMANN, A. O. Notas sobre a história da adolescência. Estilos da Clínica. Revista sobre a infância com problemas. 2020, v. 25, n}2, p. 280-296. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acessado em: 05/10/2022.

MOREIRA, E. D; VALE, R. R. M; CAIXETA, C. C; TEIXEIRA, G; ANTÔNIO, R. Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva; Rio de Janeiro. Vol. 25, Ed. 10, outubro 2020. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/2451927615/fulltextPDF/47C28A21EB4B4426PQ/1?accountid=8113> Acessado em: 30/06/2022.

MOUTIER, C. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde: Tratamento da autolesão não suicida. American Foundation For Suicide Prevention 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornospsiqui%C3%A1tricos/comportamentosuicidaeeautoles%C3%A3o/autoles%C3%A3o-n%C3%A3o-suicida-alns>. Acessado em: 19/12/2022.

NETO, C. Automutilação: um problema de saúde pública? (2017), **Cartilha CPI do Senado Federal**. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/DOC\\_PARTICIPANTE\\_EVT\\_4551\\_1506005047153\\_K-Comissao-CPI-Comissao-CPIMT-20170921REU005\\_parte8606\\_RESULTADO\\_1506005047154%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_4551_1506005047153_K-Comissao-CPI-Comissao-CPIMT-20170921REU005_parte8606_RESULTADO_1506005047154%20(1).pdf). Acesso em: 23 set. 2018.

NETO, C. H. A. Autolesão sem intensão suicida e sua relação com a ideação suicida. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37075/1/2019\\_CarlosHenriquedeArag%c3%a3oNeto.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37075/1/2019_CarlosHenriquedeArag%c3%a3oNeto.pdf). Acessado em: 02/10/2022.

NOGUEIRA, M. A. Família e escola na contemporaneidade: os meandros de uma relação. *Educação e Realidade*. Jul./dez. 2006. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/pdf/3172/317227044010.pdf>. Acessado em: 10/06/2022.

Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde. **Mais de 1,2 milhão de adolescentes morrem por causas evitáveis a cada ano**. Brasil: OPAS/OMS (2017). Disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820). Acesso em: 01 out. 2020.

OUTEIRAL, J; CEREZER, C. **O mal-estar-estar na escola**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

OLIVEIRA, E. M. Transformações no mundo do trabalho, da revolução industrial aos nossos dias. Instituto de geografia do programa de pós-graduação em geografia 2003. Disponível em:  
<https://seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/15327/8626>. Acessado em: 05/10/2022.

PRIORE, Mary Del (org). *História das mulheres no Brasil*. Editora Contexto 2006.

PICCININ, R. M. “Uma dor pela outra” uma caracterização do fenômeno da autolesão entre adolescentes. Faculdade de Ciências Aplicadas-Unicamp 2021. Disponível em:  
[file:///C:/Users/PSICO/Downloads/Piccinin\\_RafaelMorais\\_M.pdf](file:///C:/Users/PSICO/Downloads/Piccinin_RafaelMorais_M.pdf). Acessado em 02/10/2022.

RAGO, M. Do cabaré ao lar. A utopia da cidade disciplinar e a resistência anarquista. Brasil 1890-1930. Editora Paz e Terra 2018. Disponível em:  
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=cKdTDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=margareth+rago+e+a+historia+da+familia+&ots=vX1Cw7qiLW&sig=iiMNM6aPWSXNvzT5rLXS4O-2VE#v=onepage&q=margareth%20rago%20e%20a%20historia%20da%20familia&f=true>. Acessado em: 03/10/2022.

RIBAS, R. A Política de Atendimento às Crianças e Adolescentes no Município de Guarapuava/PR e a Participação das Organizações da Sociedade Civil. **Revista de Estudos Sociais – RESO**. Guarapuava, v. 2, n1, 03-20, jan. /jun. 2019. Disponível em:  
<http://revista.camporeal.edu.br/index.php/reso/article/view/473/63>. Acesso em: 01 out. 2020.

REIS, M. N. Automutilação: o encontro entre o real do sofrimento e o sofrimento real. *Polêmica*, v.18, n.1, p. 50-67, janeiro e março de 2018 –  
DOI:10.12957/polemica.2018.36069. Disponível em:  
<file:///C:/Users/PSICO/Downloads/36069-119945-1-PB.pdf> Acessado em 30/10/2022.

SANTOS, S. P; TEIXEIRA, J. G, PIRES, M. C. O; SILVA, E. P. Q. Corpos que desassossegam os direitos humanos no espaço escolar. Debates contemporâneo sobre Educação para a Sexualidade. Disponível em:  
[http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates\\_contemporaneos\\_educacao\\_sexualidade.pdf?sequence=1&source=post\\_page#page=233](http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/7097/debates_contemporaneos_educacao_sexualidade.pdf?sequence=1&source=post_page#page=233) Acessado em: 01/07/2022.

SANTOS, B. M. Emoções, corpo e Comunicação: por uma lógica da afetividade. Resenha sobre “Antropologia das Emoções”. Revista Ensaios. David Le Breton. Petrópolis: Editora Vozes, 2019. Disponível em:  
<file:///C:/Users/PSICO/Downloads/49902-Texto%20submetido-183579-2-10-20220720.pdf>. Acessado em: 11/10/2022.

SENADO, N. CDH aprova projeto que define papel do Conselho Tutelar contra automutilação. Senado Federal. Documento eletrônico. Disponível em:  
<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/04/cdh-aprova-projeto-que-define-papel-do-conselho-tutelar-contr-automutilacao>. Acessado em: 12/06/2022.

SILVA, J. C; DIAS, J. M. O signo da falta: automutilação na adolescência. Boletim entre SIS, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 30, jan. /jun. 2019. Disponível em:  
<file:///C:/Users/PSICO/Downloads/19497-1192615307-1-PB.pdf> Acessado em: 29/06/2022.

SILVA, T. O. Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Psicopedagogia. Disponível em:  
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/1867/1/TOS14062016.pdf>. Acessado em: 15/10/2022.

SIMPSON, C. A, MIRANDA, F. A. N; MUNDO, M. M. S; AZEVEDO, D. M. Trajetória de vida de um homossexual: entre o silêncio e a opressão. Cienc. e Cuid Saúde 2007 out/dez; 6(4): 424-432. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsade.v6i4.3669>. Acessado em: 07/07/2022.

SOUZA, M. E. P. Família/escola: a importância dessa relação no desempenho escolar. Programa de Desenvolvimento Educacional PDE. Santo Antônio da Platina – Paraná 2009. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1764-8.pdf>. Acessado em: 10/06/2022.

SOUZA, O. A; LUZ, A. A. A aprendizagem sob a ótica dos professores: um estudo a partir da relação família e escola. Disponível em: <file:///C:/Users/PSICO/Downloads/22416-Texto%20do%20artigo-96968-1-10-20140211.pdf>. Acessado em: 11/06/2022.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17 (6). Novembro de 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FvZ7tVJLjFtT3Pky8Rv76d/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 11/10/2022.

STEGAL, P; GRAHAM, R; STEPH, L. The persona lis social: four sociological approaches to nonsuicidal self-injury. Review Article. February 2022.

TASSELLI, R. Conselheiro tutelar. CRIANÇA LIVRE DO TRABALHO INFANTIL. <https://livredetrabalhoinfantil.org.br/trabalho-infantil/rede-de-protecao/conselheiro-tutelar/>. Acesso em 08/06/2021.

TAQUETTE, S. R; RODRIGUES, A. O. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 55, pág. 1181-1191, dez. 2015. Disponível em [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000401181&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401181&lng=en&nrm=iso) . Acesso em 07 de julho de 2022. Epub em 21 de agosto de 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0504>.

TEIXEIRA, F. M. P. Revolução Industrial. O cotidiano da história. Editora Ática, 1998. Disponível em: <https://www.coletivoleitor.com.br/wp-content/uploads/2020/01/revolucao-industrial.pdf>. Acessado em: 04/10/202

VAQUINHAS, I. Linhas de investigação para a história das mulheres nos séculos XIX e XX. Breve esboço. Revista de Letras. História, Porto, III, série, vol. 3, 2002, pp. 201-221. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/2287.pdf>. Acessado em: 04/12/2022.

VIEIRA, M; PIRES, M; PIRES, C. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. **Revista Dor**. São Paulo, v. 17, n.4, 257-260, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000400257&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000400257&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 set. 2018

VIANA, F. O Armário: Vida e Pensamento do Desejo Proibido. Blumenau: SC. 2007.

VEIGA, J. B. S. S; CERQUEIRA, D. Uma revisão crítica sobre relações entre pais heterossexuais e seus filhos homossexuais. Universidade Federal do Amazonas 2018.

Disponível em:

[https://www.sneticet.ufam.edu.br/2018/anais/download/artigos/ARTIGO\\_17.pdf](https://www.sneticet.ufam.edu.br/2018/anais/download/artigos/ARTIGO_17.pdf)

Acessado em: 02/07/2022.

WINNICOTT, D. **O brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. (Obra original publicada em 1971).

\_\_\_\_\_, D. **O brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. (Obra original publicada em 1971).

Zanatta E. A; Ferraz L; Klein M. L; et al. Descobrir, aceitar e assumir a homoafetividade: situações de vulnerabilidade entre jovens. Rev Fund Care Online. 2018 abr./jun.; 10(2):391-398. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.391-398>. Acessado em: 07/07/2022.

## ANEXO I

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

**Pesquisa: automutilação na adolescência e a atuação dos equipamentos  
sociais e da saúde**

**Pesquisador:** Luciano Ferreira

**Número do CAAE:** 41319220.9.0000.8142

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos 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 houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las comigo. Se preferir, pode levar este Termo para sua casa e consultar quem você desejar, antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e Objetivos**

Esta pesquisa será realizada com adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio de uma escola estadual, com os responsáveis legais desses adolescentes, com um profissional da escola e com os profissionais dos equipamentos sociais e da saúde que atuam no entorno dessa escola. Sua participação como profissional da escola colaborará para a reflexão acerca das possíveis representações, ideias e sentimentos a respeito da automutilação entre os adolescentes, à partir do seu ponto de vista profissional. Você estará colaborando, portanto para o estudo e a reflexão sobre todas as coisas que um adolescente teria para nos dizer, de modo que seja útil não somente para uma melhor compreensão do tema, mas também para a orientação de pessoas que se encontrem na mesma condição, assim como também para familiares e equipamentos sociais e da saúde.

#### **Procedimentos**

Participando do estudo você está sendo convidado a ser entrevistado pelo pesquisador, a entrevista será com duração aproximada de quarenta minutos e poderá ser gravada, se você permitir. Será constituída de um questionário verbal, com questões abertas, sem a pretensão de rigor nas respostas, que serão emitidas também verbalmente. As questões serão feitas após a minha apresentação pessoal e após ser assinado o termo de consentimento. As perguntas serão realizadas no decorrer da conversa, sem uma obrigatoriedade de ordem certa. Caso você queira conhecer previamente as perguntas que serão realizadas, posso apresentar o questionário por escrito. Os dados serão usados apenas para fins científicos e serão armazenados por pelo menos 5 anos em pasta de email e computador de uso pessoal que são protegidos com senha e somente o pesquisador tem acesso.

**Desconforto e Riscos**

Pode haver algum desconforto ao falar desse assunto referente automutilação, portanto, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, e também reagendada se for necessário e para seu maior conforto, você também poderá desistir da entrevista. Se acaso for necessário, eu como psicólogo com CRP ativo cadastrado com o número 06/161054, estarei prontamente à disposição para um acolhimento terapêutico imediato e também em meu consultório de psicologia sem custos.

Vou me certificar de que o local da entrevista seja seguro, sem interrupções e sem vazamento de informações, de modo que você fique à vontade.

**Benefícios:**

A pesquisa poderá trazer possíveis melhorias na interação dos equipamentos sociais, da saúde e a escola, também como as famílias e os adolescentes. A escola também poderá refletir sobre o seu relacionamento com famílias e adolescentes. As diferentes percepções podem contribuir para relações mais assertivas e aprimoramento na atuação dos profissionais.

**Acompanhamento e assistência:**

Você tem direito à assistência integral e gratuita devidos danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Após o término da pesquisa, os resultados serão disponibilizados diretamente a você, da melhor e mais conveniente maneira, para que possa ter acesso irrestrito e imediato. Para saber de esclarecimentos ou assistência referente a pesquisa.

**Sigilo e Privacidade**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação identificada será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Os resultados serão divulgados, porém sem que seu nome apareça associado à pesquisa. Após cinco anos da pesquisa, as gravações serão apagadas.

**Ressarcimento e Indenização:**

Considerando que o pesquisador irá até o local da pesquisa e que você não terá gastos adicionais, não haverá ressarcimento financeiro. Você terá a garantia de atendimento terapêutico se houver algum dano emocional que possa ocorrer em decorrência da pesquisa, em meu consultório de psicologia.

**Contato**

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá também entrar em contato o pesquisador Luciano Ferreira pelo endereço Rua Pedro Zaccaria, 1.300, Limeira – SP, no Grupo Interdisciplinar de Saúde (GIES) ou pelo telefone (19) 98832-9701 e pelo e-mail [lucianomariapio@yahoo.com.br](mailto:lucianomariapio@yahoo.com.br) e/ou com João José de Almeida, pelo endereço Rua

Pedro Zaccaria, 1.300, Limeira - SP, no Grupo Interdisciplinar de Saúde (GIES) ou pelo telefone (19) 3701-6672 ou pelo e-mail [joao.almeida@fca.unicamp.br](mailto:joao.almeida@fca.unicamp.br).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre a participação e sobre questões éticas do estudo, você deve entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30 às 17:30 na Avenida Bertrande Russel, 801, 2º Piso, Bloco C, Sala 5, Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Distrito de Barão Geraldo CEP 13083-865, Campinas – SP; pelo telefone (19) 3521-6836 e e-mail: [cepchs@unicamp.br](mailto:cepchs@unicamp.br).

### **O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

### **Consentimento Livre e Esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incomodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

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

Contato \_\_\_\_\_ telefônico: \_\_\_\_\_

e-mail (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Assinatura do (a) participante)

Por meio deste termo, permito que a entrevista concedida possa ser gravada (através de um gravador de áudio) e transcrita total ou parcialmente.

(  ) SIM

assinatura: \_\_\_\_\_

(  ) NÃO

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 provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. 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 (a) participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Assinatura do pesquisador)

## ANEXO II

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

#### **Equipamentos da Área Social**

**Pesquisa: automutilação na adolescência e a atuação dos equipamentos sociais e da saúde**

**Pesquisador:** Luciano Ferreira

**Número do CAAE:** 41319220.9.0000.8142

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos 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 houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las comigo. Se preferir, pode levar este Termo para sua casa e consultar quem você desejar, antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e Objetivos**

Esta pesquisa será realizada com adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio de uma escola estadual, com os responsáveis legais desses adolescentes, com um profissional da escola e com os profissionais dos equipamentos sociais e da saúde que atuam no entorno dessa escola. Sua participação como profissional da área social colaborará para a reflexão acerca das possíveis representações, ideias e sentimentos a respeito da automutilação entre os adolescentes, à partir do seu ponto de vista profissional. Você estará colaborando, portanto para o estudo e a reflexão sobre todas as coisas que um adolescente teria para nos dizer, de modo que seja útil não somente para uma melhor compreensão do tema, mas também para a orientação de pessoas que se encontrem na mesma condição, assim como também para familiares e equipamentos sociais e da saúde.

#### **Procedimentos**

Participando do estudo você está sendo convidado a ser entrevistado pelo pesquisador, a entrevista será com duração aproximada de quarenta minutos e poderá ser gravada, se você permitir. Será constituída de um questionário verbal, com questões abertas, sem a pretensão de rigor nas respostas, que serão emitidas também verbalmente. As questões serão feitas após a minha apresentação pessoal e após ser assinado o termo de consentimento. As perguntas serão realizadas no decorrer da conversa, sem uma obrigatoriedade de ordem certa. Caso você queira conhecer previamente as perguntas que serão realizadas, posso apresentar o questionário por escrito. Os dados serão usados apenas para fins científicos e serão armazenados por pelo menos 5 anos em pasta de email

e computador de uso pessoal que são protegidos com senha e somente o pesquisador tem acesso.

### **Desconforto e Riscos**

Pode haver algum desconforto ao falar desse assunto referente automutilação, portanto, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, e também reagendada se for necessário e para seu maior conforto, você também poderá desistir da entrevista. Se acaso for necessário, eu como psicólogo com CRP ativo cadastrado com o número 06/161054, estarei prontamente à disposição para um acolhimento terapêutico imediato e também em meu consultório de psicologia e sem custos.

Vou me certificar de que o local da entrevista seja seguro, sem interrupções e sem vazamento de informações, de modo que você fique à vontade.

### **Benefícios:**

A pesquisa poderá trazer possíveis melhorias na interação dos equipamentos sociais, da saúde e a escola, também como as famílias e os adolescentes. A escola também poderá refletir sobre o seu relacionamento com famílias e adolescentes. As diferentes percepções pode contribuir para relações mais assertivas e aprimoramento na atuação dos profissionais.

### **Acompanhamento e assistência:**

Você tem direito à assistência integral e gratuita devidos danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Após o término da pesquisa, os resultados serão disponibilizados diretamente a você, da melhor e mais conveniente maneira, para que possa ter acesso irrestrito e imediato. Para saber de esclarecimentos ou assistência referente a pesquisa.

### **Sigilo e Privacidade**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação identificada será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Os resultados serão divulgados, porém sem que seu nome apareça associado à pesquisa. Após cinco anos da pesquisa, as gravações serão apagadas.

### **Ressarcimento e Indenização:**

Considerando que o pesquisador irá até o local da pesquisa e que você não terá gastos adicionais, não haverá ressarcimento financeiro. Você terá a garantia de atendimento terapêutico se houver algum dano emocional que possa ocorrer em decorrência da pesquisa, em meu consultório de psicologia.

### **Contato**

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá também entrar em contato o pesquisador Luciano Ferreira pelo endereço Rua Pedro Zaccaria, 1.300, Limeira – SP, no Grupo Interdisciplinar de Saúde (GIES) ou pelo telefone (19) 98832-9701 e pelo e-mail

[lucianomariapio@yahoo.com.br](mailto:lucianomariapio@yahoo.com.br) e/ou com João José de Almeida, pelo endereço Rua Pedro Zaccaria, 1.300, Limeira - SP, no Grupo Interdisciplinar de Saúde (GIES) ou pelo telefone (19) 3701-6672 ou pelo e-mail [joao.almeida@fca.unicamp.br](mailto:joao.almeida@fca.unicamp.br).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre a participação e sobre questões éticas do estudo, você deve entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30 às 17:30 na Avenida Bertrande Russel, 801, 2º Piso, Bloco C, Sala 5, Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Distrito de Barão Geraldo CEP 13083-865, Campinas – SP; pelo telefone (19) 3521-6836 e e-mail: [cepchs@unicamp.br](mailto:cepchs@unicamp.br).

### **O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

### **Consentimento Livre e Esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incomodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ (a) participante:  
 Contato \_\_\_\_\_ telefônico:  
 e-mail (opcional): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Data:  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do (a) participante)

Por meio deste termo, permito que a entrevista concedida possa ser gravada (através de um gravador de áudio) e transcrita total ou parcialmente.

(  ) SIM

assinatura: \_\_\_\_\_

(  ) NÃO

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 provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que

o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. 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 (a) participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Assinatura do pesquisador)

## ANEXO III

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

#### **Equipamentos de Saúde**

#### **Pesquisa: automutilação na adolescência e a atuação dos equipamentos sociais e da saúde**

**Pesquisador:** Luciano Ferreira

**Número do CAAE:** 41319220.9.0000.8142

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos 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 houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las comigo. Se preferir, pode levar este Termo para sua casa e consultar quem você desejar, antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e Objetivos**

Esta pesquisa será realizada com adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio de uma escola estadual, com os responsáveis legais desses adolescentes, com um profissional da escola e com os profissionais dos equipamentos sociais e da saúde que atuam no entorno dessa escola. Sua participação como profissional da área da saúde colaborará para a reflexão acerca das possíveis representações, ideias e sentimentos a respeito da automutilação entre os adolescentes, à partir do seu ponto de vista profissional. Você estará colaborando, portanto para o estudo e a reflexão sobre todas as coisas que um adolescente teria para nos dizer, de modo que seja útil não somente para uma melhor compreensão do tema, mas também para a orientação de pessoas que se encontrem na mesma condição, assim como também para familiares e equipamentos sociais e da saúde.

#### **Procedimentos**

Participando do estudo você está sendo convidado a ser entrevistado pelo pesquisador, a entrevista será com duração aproximada de quarenta minutos e poderá ser gravada, se você permitir. Será constituída de um questionário verbal, com questões abertas, sem a pretensão de rigor nas respostas, que serão emitidas também verbalmente. As questões serão feitas após a minha apresentação pessoal e após ser assinado o termo de consentimento. As perguntas serão realizadas no decorrer da conversa, sem uma obrigatoriedade de ordem certa. Caso você queira conhecer previamente as perguntas que serão realizadas, posso apresentar o questionário por escrito. Os dados serão usados apenas para fins científicos e serão armazenados por pelo menos 5 anos em pasta de email

e computador de uso pessoal que são protegidos com senha e somente o pesquisador tem acesso.

### **Desconforto e Riscos**

Pode haver algum desconforto ao falar desse assunto referente automutilação, portanto, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, e também reagendada se for necessário e para seu maior conforto, você também poderá desistir da entrevista. Se acaso for necessário, eu como psicólogo com CRP ativo cadastrado com o número 06/161054, estarei prontamente à disposição para um acolhimento terapêutico imediato e também em meu consultório de psicologia sem custos.

Vou me certificar de que o local da entrevista seja seguro, sem interrupções e sem vazamento de informações, de modo que você fique à vontade.

### **Benefícios:**

A pesquisa poderá trazer possíveis melhorias na interação dos equipamentos sociais, da saúde e a escola, também como as famílias e os adolescentes. A escola também poderá refletir sobre o seu relacionamento com famílias e adolescentes. As diferentes percepções pode contribuir para relações mais assertivas e aprimoramento na atuação dos profissionais.

### **Acompanhamento e assistência:**

Você tem direito à assistência integral e gratuita devidos danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Após o término da pesquisa, os resultados serão disponibilizados diretamente a você, da melhor e mais conveniente maneira, para que possa ter acesso irrestrito e imediato. Para saber de esclarecimentos ou assistência referente a pesquisa.

### **Sigilo e Privacidade**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação identificada será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Os resultados serão divulgados, porém sem que seu nome apareça associado à pesquisa. Após cinco anos da pesquisa, as gravações serão apagadas.

### **Ressarcimento e Indenização:**

Considerando que o pesquisador irá até o local da pesquisa e que você não terá gastos adicionais, não haverá ressarcimento financeiro. Você terá a garantia de atendimento terapêutico se houver algum dano emocional que possa ocorrer em decorrência da pesquisa, em meu consultório de psicologia.

### **Contato**

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá também entrar em contato o pesquisador Luciano Ferreira pelo endereço Rua Pedro Zaccaria, 1.300, Limeira – SP, no Grupo Interdisciplinar de Saúde (GIES) ou pelo telefone (19) 98832-9701 e pelo e-mail

[lucianomariapio@yahoo.com.br](mailto:lucianomariapio@yahoo.com.br) e/ou com João José de Almeida, pelo endereço Rua Pedro Zaccaria, 1.300, Limeira - SP, no Grupo Interdisciplinar de Saúde (GIES) ou pelo telefone (19) 3701-6672 ou pelo e-mail [joao.almeida@fca.unicamp.br](mailto:joao.almeida@fca.unicamp.br).

Em caso de denúncias ou reclamações sobre a participação e sobre questões éticas do estudo, você deve entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30 às 17:30 na Avenida Bertrande Russel, 801, 2º Piso, Bloco C, Sala 5, Cidade Universitária "Zeferino Vaz" Distrito de Barão Geraldo CEP 13083-865, Campinas – SP; pelo telefone (19) 3521-6836 e e-mail: [cepchs@unicamp.br](mailto:cepchs@unicamp.br).

### **O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

### **Consentimento Livre e Esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incomodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

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

Contato \_\_\_\_\_ telefônico: \_\_\_\_\_

e-mail (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Assinatura do (a) participante)

Por meio deste termo, permito que a entrevista concedida possa ser gravada (através de um gravador de áudio) e transcrita total ou parcialmente.

(  ) SIM

assinatura: \_\_\_\_\_

(  ) NÃO

assinatura: \_\_\_\_\_

### **Responsabilidade do Pesquisador**

Asseguo 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. Asseguo, também, ter provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que

o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. 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 (a) participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
(Assinatura do pesquisador)

**Perguntas norteadoras:****Perguntas ao equipamento social e da saúde**

- 1 – A unidade tem demanda de adolescentes que se automutilam (cortes e agressões pelo corpo)?
- 2 – Se tem, o que se faz com a demanda de adolescente que se automutilação?
- 3 – Não tem adolescente que se automutilam? Porque?
- 4 – O equipamento tenta contato com os adolescentes para investigar os que se automutilam? Porque? Como é esse contato?
- 5 – Os adolescentes que se automutilam procuram o serviço? Se sim, porque eles procuram, qual é a queixa? Como são recebidos e por quem?
- 6 – Existe um protocolo de atendimento? Se sim, ele é aceito pelo adolescente que se automutila?
- 7- A família procura ajuda sobre o adolescente que se automutila? Qual é a queixa da família?
- 8 – Quando a família procurou o equipamento, já havia informação de que um adolescente passava dificuldade?
- 9 – O equipamento tem uma busca ativa aos adolescentes que se automutilam? Se sim, como é o contato, há adesão?
- 10 – O que você pensa sobre a automutilação dos adolescentes?
- 11- A escola encaminha os adolescentes que se automutilam para a unidade? Como é a relação entre a unidade e a escola?

**Perguntas para a escola**

- 1 - Como a escola reage quando percebe um adolescente que se automutila? Como a escola percebe e aborda a questão? Como o adolescente reage?
- 2 - A escola comunica a família, como ela reage? Há encaminhamento para algum equipamento social ou de saúde?
- 3- Algum equipamento procura a escola para dialogar sobre a automutilação entre os adolescentes? Porque?
- 4 - A escola faz alguma ação referente a automutilação dos adolescentes? Se sim, como os alunos recebem essa ação?