



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SUELA MAIARA BERNARDES

**TORNAR-SE (IN)VISÍVEL:
UM ESTUDO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
ADOLESCENTES QUE SE AUTOMUTILAM**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Magda do Canto Zurba

Florianópolis
2015

SUELA MAIARA BERNARDES

**TORNAR-SE (IN)VISÍVEL:
UM ESTUDO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
ADOLESCENTES QUE SE AUTOMUTILAM**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Área de Concentração Atenção e Reabilitação Psicossocial, Linha de Pesquisa Promoção e Reabilitação Psicossocial. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Magda do Canto Zurba

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bernardes, Suela Maiara

TORNAR-SE (IN)VISÍVEL: : UM ESTUDO NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE ADOLESCENTES QUE SE AUTOMUTILAM / Suela
Maiara Bernardes ; orientadora, Magda do Canto Zurba -
Florianópolis, SC, 2015.

123 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Automutilação.
3. Adolescência. 4. Subjetividade. 5. Rede de Atenção
Psicossocial. I. Zurba, Magda do Canto . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Torna-se (in)visível:
um estudo na rede de atenção psicossocial de
adolescentes que se automutilam”.**

Suela Maiara Bernardes

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
Atenção e Reabilitação Psicossocial

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Magda do Canto Zurbá (Presidente)

Prof. Dra. Mônica Botelho Alvim (Membro)

Prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider (Membro)

Prof. Dra. Raquel de Barros Pinto Miguel (Membro)

*Dedico este trabalho às Marias,
Carolinas, Anas, Iracemas,
Beatrizes e Angélicas. A todos
adolescentes que buscam um
lugar de visibilidade.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus amigos do mestrado que acreditam na construção de uma Política de Saúde Mental digna e acessível a todos. Obrigada, Christina, Andrea, Paula, Girlaine, Janaína, Carolina, Michelle, Miguel (acompanhar seu nascimento e desenvolvimento foi um presente), Fernando e Hannah.

A todos os professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental que possibilitaram discussões calorosas sobre a Saúde Mental.

Aos meus amigos que não se ausentaram, mesmo nos momentos difíceis: Neiva e Letícia obrigada por existirem em minha vida, cada palavra, cada momento de carinho está guardado comigo, para sempre. Juçara, que doce surpresa te encontrar nesta caminhada, obrigada pelas conversas construtivas. Medrano, suas tentativas para me atrapalhar foram fundamentais para o meu crescimento, obrigada.

Obrigada, Marciele por sempre estar por perto, mesmo quando eu não podia estar.

A Denise, que talvez não saiba, mas me apresentou a beleza da poesia e das palavras.

Aos encontros e desencontros cotidianos, antigos e atuais, que me movimentam num exercício de aceitação da vida, dos afetos e desafetos, dos meus avessos e desacontecimentos. Ao doce e surpreendente encontro, Fernando.

Aos meus pais, Lúcia e Zeca, meu irmão, Kaue e Marina, por me ensinarem o amor. E é com ele que escrevo esses traços.

A Magda do Canto Zurba que, longe de ser *apenas* minha orientadora, tem me conduzido na construção de uma Política de Saúde Mental e me ensinado *modos* de viver.

Muito obrigada!

*Deixem-nos pôr a nossa fé no espírito
eterno que destrói e aniquila somente porque
é a insondável e eterna fonte criativa de toda a vida.
A ânsia de destruir é também uma ânsia de criar.*

Michael Bakunin

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam e são acompanhados no âmbito da rede de atenção psicossocial do município de Blumenau, Santa Catarina. Este trabalho utilizou a perspectiva da lógica histórica, desenvolvida na epistemologia de Edward Thompson, bem como os conceitos de vida cotidiana e dialética da ontologia do ser social presentes na obra de Agnes Heller. Compreendemos a constituição de sujeito junto a pensadores da abordagem gestáltica, aprofundando a compreensão sobre automutilação a partir dos conceitos de fronteira do “eu” e retroflexão. Foram entrevistadas seis adolescentes que praticaram automutilação no último ano, atendidas na rede de atenção psicossocial. Como resultado, podemos entender a automutilação como um comportamento de perda de contato com o mundo, principalmente quando a adolescente se depara com um ambiente ameaçador, não acolhedor e agressivo. O comportamento de retroflexão surge, então, quando não se percebe novas formas de interação com o mundo. Existe uma busca das adolescentes por um lugar de visibilidade, um lugar de escuta e acolhimento. Os espaços e grupos que as adolescentes circulam, como família e escola, ou seja, onde ocorre a vida cotidiana, tem mostrado fragilidades na relação com as adolescentes. A (in)visibilidade, identificada a partir das entrevistas, acontece e é perpetuada por esses grupos e espaços. As políticas públicas, também contribuem para o lugar de (in)visibilidade quando ainda existem fragilidades no acesso aos serviços de saúde na atenção básica, como preconiza a política da rede de atenção psicossocial. Por outro lado, percebemos que a atenção psicossocial estratégica - CAPSi, tem possibilitado cuidados aos adolescentes de forma contínua e costante. Contudo, torna-se relevante o aprimoramento da rede de atenção psicossocial e novos estudos sobre adolescência.

Palavras-chave: Automutilação. Adolescência. Subjetividade. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This paper has the goal of understanding the senses of self-mutilation of teenagers that practice it and are accompanied in the scope of psychosocial care system in the city of Blumenau, Santa Catarina. This study was based on the concept of historical logic, developed from Edward Thompson's epistemology, as well the concepts of every day life and dialectical ontology of social being presents in the work of Agnes Heller and Georges Lukács. We comprehend the constitution of the subject through gestaltic approach thinkers, deepening the comprehension about self-mutilation from the concepts of I-boundary and retroflection. Six teenagers that have had self-mutilation behavior last year and have been accompanied by the psychosocial care of the city were interviewed. As a result, we can understand self-mutilation behavior as a "loss of contact with the world" conduct, mainly when a teenager faces with threatening, not welcoming and aggressive environment. In this way, retroflection behavior emerges when one is not able to realize other ways of interaction in the world. There's a search of a visibility position, where they can be heard and be taken care of. Places and groups where these teenagers are - as family or school-where life is actually happening has shown fragilities in their relations. The (in) visibility, identified by the interviews, does happen and keep on going by these groups and places. Public policy also contribute to the (in) visibility when there are still fragilities in the access to the basic care health service, as its preconized by the psychosocial care policy. Never the less we have realized that the strategy of psychosocial attention – CAPSi - has allowed constantly and continuously care of teenagers. Even though, it becomes relevant the improvement of the psychosocial care system as the new studies of youth.

Keywords: Self-Mutilation. Youth. Subjectivity. Psychosocial Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PSE – Programa Saúde nas Escolas
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 ADOLESCENTES, AUTOMUTILAÇÃO E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO	29
3.1 ADOLESCÊNCIA	29
3.2 LITERATURA CIENTÍFICA.....	31
3.3 ADOLESCÊNCIA E AUTOMUTILAÇÃO – LUGAR DE (IN)VISIBILIDADE	32
3.3.1 Lugar de (in)visibilidade e mediação social.....	34
3.4 MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: UM OLHAR DA ABORDAGEM GESTÁLTICA E DA ONTOLOGIA DO SER SOCIAL	37
3.4.1 Fronteira do “eu”: modos de subjetivação do sujeito	37
3.4.2 Ontologia do ser social: universal, particular e singular	39
3.5 NOVOS PARADIGMAS: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE.....	40
3.5.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	41
3.5.2 Rede Atenção Psicossocial.....	42
3.5.3 Atenção ao Adolescente em sofrimento psíquico.....	46
3.5.4 Rede de Atenção Psicossocial de Blumenau.....	48
4 METODOLOGIA	51
4.1 CONSIDERAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS	51
4.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO	52
4.3 PARTICIPANTES	54
4.4 IMPRESSÕES DA PESQUISADORA.....	55
4.5 RECURSO METODOLÓGICO	55
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	56
4.7 ABORDAGEM COMPREENSIVA E CRÍTICA: HERMENÊUTICA-DIALÉTICA.....	56
5 RESULTADOS.....	59
5.1 HISTÓRIAS	59
5.1.1 Maria	59

5.1.2 Carolina.....	61
5.1.3 Iracema.....	63
5.1.4 Ana.....	65
5.1.5 Beatriz.....	66
5.1.6 Angélica.....	67
5.2 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	68
5.3 NÚCLEOS DE SENTIDO E CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	71
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
6.1 APRESENTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SENTIDO.....	73
6.1.1 Eventos Estressores.....	73
6.1.2 Mediadores cias.....	76
6.1.3 Projeto e Angústia Existencial.....	83
6.1.4 Lugar da Automutilação.....	89
6.1.5 Rede de Atenção Psicossocial.....	92
6.2 TRECHO DA CARTA DE MARIA.....	94
6.3 ANA E A PERSONAGEM INVISÍVEL.....	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
APÊNDICE B – Declaração para Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau – SC.....	113
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista.....	114
ANEXO A – When we were Angels/ Quando nós fomos anjos.....	115
ANEXO B – Programa Saúde na Escola (PSE).....	116
ANEXO C – Projeto de Matriciamento em Saúde Mental e Educação.....	120
ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP.....	122

INTRODUÇÃO

O passado só existe a partir de um narrador no presente que é tanto um decifrador quanto um criador de sentidos.
(BRUM, 2014)

Esta dissertação é resultado do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, junto ao Núcleo de Pesquisa em Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento Humano (CNPq).

Este estudo tem como tema os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam e são atendidos no âmbito da atenção psicossocial. Os adolescentes que participaram da pesquisa são ou foram atendidos no último ano na Rede de Saúde Pública do Município de Blumenau.

A nossa experiência no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial de adolescentes já apontava para a existência da prática da automutilação entre esse público. A pesquisadora trabalha em uma Unidade de Saúde Mental de um Hospital Geral e percebia o aumento de internações por comportamento de automutilação em adolescentes, na sua maioria do gênero feminino.

No discurso desses adolescentes existe algumas semelhanças: conhecem alguém que já praticou a automutilação, muitos leram sobre o assunto na *Internet*, outros conhecem famosos/artistas que praticam ou praticaram o comportamento ou mesmo acreditam servir de modelo para outros jovens. Outro relato frequente é de que a “dor da alma” é intensa, e a automutilação faz com que se amenize essa dor, como se a dor real do corpo fosse menor do que a “dor da alma”.

Relatos semelhantes são encontrados nas redes sociais. Os adolescentes que chegavam ao hospital apresentavam, na sua maioria, cortes superficiais, lesões que não precisavam de sutura ou tratamento específico para os cortes e em lugares como punhos, antebraços, parte anterior das pernas e abdômen, sendo mais comum os cortes nos punhos. Os cortes eram realizados com navalha, estilete, faca ou mesmo lâmina de apontador de lápis. No entanto, quando havia reinternação dos adolescentes, as lesões eram mais profundas, muitas vezes havendo

necessidade de sutura e, em alguns casos, acompanhadas de tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos. Como eram adolescentes, havia a necessidade de acompanhamento de um responsável e, nesses casos, geralmente quem permanecia como acompanhante era a mãe. Nos casos atendidos no hospital foi possível perceber conflitos de ordem familiar.

Em pesquisa informal na *Internet* foi possível encontrar vários *sites* e redes sociais (*Facebook, Tumblr, blogs*) que abordavam o tema. As notícias nas redes sociais são, em grande parte, divulgadas pelos próprios adolescentes que praticam o comportamento de automutilação. Esse tema pode ser encontrado facilmente nos meios de comunicação. A mídia (NORTE, 2010, *Jornal de Notícias*; VERSOLATO, 2011, *Folha de S. Paulo*, ZANELLA, 2012, *Revista Cult*) vem divulgando o comportamento dos jovens que se automutilam, sendo possível encontrar diversas notícias sobre esse assunto.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010a) apresentam um aumento do comportamento de automutilação entre os jovens. Essa violência autoinfligida, embora não tenha taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de agressões, preocupa porque vem aumentando na população jovem, provocando impacto na saúde pública (BRASIL, 2010a, p. 108).

Na cartilha do Ministério da Saúde, Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde (BRASIL, 2010b), os autores citam o ato da automutilação como consequência de violência sofrida pela criança e adolescente. Relacionam, ainda, a automutilação ao comportamento suicida: “a violência autoprovocada ou contra si mesmo envolve o comportamento suicida e o suicídio propriamente dito” (BRASIL, 2010b, p. 28). O Ministério da Saúde do Brasil se apoia nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, afirmando que o comportamento suicida inclui ideias de acabar com a vida e a automutilação (destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente), que pode ser grave (amputação dos próprios dedos, por exemplo), estereotipada (tal como bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos) ou superficial (cortar-se, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele) (KRUG et al., 2002 apud BRASIL, 2010b, p. 28).

Percebemos, no entanto, o escasso aprofundamento das Políticas Públicas sobre o assunto. Não foi encontrado no Brasil cartilha

de orientação para os profissionais da saúde para trabalhar com os adolescentes que praticam o comportamento de automutilação.

A revista médica *The Lancet* (2012) publicou uma pesquisa realizada no *King's College*, em Londres, e na Universidade de Melbourne, na Austrália, que ocorreu entre os anos de 1992 a 2008 com adolescentes sobre o comportamento de automutilação por meio questionários e entrevistas por telefone. Entrevistou 1943 adolescentes no estado de Victoria, Austrália. Entre esses adolescentes a ocorrência maior de automutilação apareceu nas meninas e foi constatada uma redução significativa do comportamento no início da fase adulta. Segundo o estudo, a automutilação está associada com sintomas de depressão e ansiedade, comportamento antissocial, abuso de álcool, *cannabis* e tabagismo. Adolescentes que apresentavam sintomas de depressão e ansiedade foram associados à incidência de automutilação no início da vida adulta. Foi constatado que grande parte dos jovens tem o comportamento resolvido espontaneamente. Porém, os autores alertam que a detecção precoce e o tratamento de transtornos mentais comuns durante a adolescência poderiam constituir um componente importante e até então não reconhecido de prevenção do suicídio em adultos jovens.

Contrariando a pesquisa citada acima, os sociólogos Patricia Adler e Peter Adler (2007), a partir de suas pesquisas com jovens que se automutilam, verificaram que a automutilação é muito mais um processo social complexo de interação simbólica do que um comportamento que deve ser compreendido apenas pela visão médica. Os autores questionam a impulsividade do comportamento da automutilação, descrito por vários autores da área da saúde, e defendem o ato como intencional, reconhecendo a prática como culturalmente aceitável, embora seja um comportamento desviante, para lidar com sentimentos como raiva e frustração. O comportamento é visto pelo jovem como um mecanismo de enfrentamento e um meio de expressão (ADLER; ADLER, 2007).

1.1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

Para a realização da pesquisa tornou-se importante discorrer sobre as concepções de adolescência. A adolescência ainda é compreendida por autores da teoria do desenvolvimento e senso comum como um período da vida de turbulências e crises e, assim, essas

compreensões tendem a naturalizar tais comportamentos dos adolescentes e são entendidos como próprios da idade.

O presente estudo busca compreender como ocorrem os modos de subjetivação em adolescentes que praticam a automutilação. O interesse por tal temática surge da inquietação da pesquisadora em compreender quais os sentidos da automutilação para quem a pratica, quais as relações significativas do adolescente, como se relacionam, produzem e reproduzem o seu cotidiano; e como essa atuação implica a sua subjetividade.

Percebe-se a necessidade de estudos mais aprofundados sobre esse assunto, visto que atualmente a compreensão da adolescência, tanto por leigos como ainda por alguns profissionais que trabalham com esse público, concebe o período denominado adolescência como algo naturalizante e a-histórico. Conforme pesquisa de Ozella et al. (2003) realizada com profissionais da Psicologia e teóricos que trabalham com esse público, “a adolescência” é vista de modo cristalizado e naturalizado, universal e patológico.

Esta pesquisa parte da concepção de adolescência como um período construído histórico e culturalmente, em que os modos de subjetivação do adolescente acontecem na interação com a vida cotidiana.

Os autores Ozella e Aguiar (2008) compreendem esse período como sendo histórico, cultural e dinâmico e o percebem além dos discursos naturalizantes e a-históricos. Como afirmam Ozella e Aguiar (2008, p. 98), “conhecer o jovem, para além da aparência, dos discursos ideológicos e das análises naturalizantes, revela-se um objetivo importante”.

A naturalização desse período propõe uma passividade esperada desses adolescentes. As concepções e demandas cristalizadas da adolescência ofuscam e encobrem a sua capacidade de criação e de potencialidade de transformar a realidade e ser transformado por ela.

Durante a trajetória deste trabalho nos ativemos às concepções ontológicas, que se ocupam em conhecer *como* são as coisas, o homem e o mundo. Assim, utilizamos conceitos centrais e que nos acompanharam no decorrer deste trabalho: *abordagem gestáltica* e *vida cotidiana*. Para desdobrar esses conceitos fomos ao encontro de autores tais como: Friderick Perls (1987, 1981, 1997); Ralfh Hefferline e Paul Godmann (1997) e Agnes Heller (1992, 1994).

Quanto aos aspectos epistemológicos, que se dedicam a compreender *como podemos conhecer* o mundo e as pessoas que vivem nesse mundo, utilizamos reflexões a respeito da lógica histórica, apoiadas na teoria de Edward Thompson (1981).

A visão dialética da concepção de homem é compreendida a partir da constituição recíproca e indissociável entre o sujeito e o cotidiano, em que um modifica e é modificado pelo outro.

Cabe ressaltar que a escolha do termo “adolescência” se deu por ser esta a nomenclatura utilizada na Rede de Atenção Psicossocial e serviços como o CAPS Infantil e Unidades de Saúde da Atenção Básica. No entanto, a compreensão de adolescência por nós proposta vai além de um período da vida entre a infância e a adultez; nós a consideramos um processo mais complexo e influenciado pela cultura e história de cada pessoa.

Nosso intuito é transcender o sintoma e afastar as cortinas que encobrem o sujeito que está ali, escancarado aos nossos olhos, e poder perceber o que *supostamente* está compreendido. Nem tudo é a automutilação, existe uma vida (in)visível? Uma vida não vista, não ouvida?

Por fim, cabe adiantar que esta será uma pesquisa qualitativa e descritiva. O recurso utilizado será a história de vida, por meio da qual se buscará compreender a trajetória de vida dos adolescentes, suas relações significativas, o sentido da automutilação e a relação com os serviços de atenção psicossocial, a partir da hermenêutica dialética. Este trabalho busca contribuir para a concepção da adolescência e a desconstrução de um conceito patologizante e reducionista. E assim, colaborar para novas perspectivas no cuidado do adolescente assistido pela Rede de Atenção Psicossocial.

Pretendemos com esta pesquisa investigar qual o sentido da automutilação para esses adolescentes. Como foi construída a história de vida deste sujeito? Quais as implicações da automutilação para a subjetividade do adolescente? Quais os mediadores sociais dos adolescentes? Quais os programas das políticas públicas que atendem essa população? A partir de todas essas questões surgiu o problema específico, norteador desta pesquisa: Quais os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam?

Esperamos, com essas indagações e proposta de pesquisa, conseguir investigar o sentido da automutilação para os adolescentes que a praticam.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender, no âmbito da atenção psicossocial, os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender a história de vida do adolescente que pratica automutilação;
- Identificar os mediadores sociais dos participantes do estudo que influenciaram na automutilação;
- Descrever a relação que a população do estudo estabelece com os serviços de atenção psicossocial disponíveis na cidade de Blumenau;
- Estudar as implicações para a subjetividade e o sentido da automutilação.

3 ADOLESCENTES, AUTOMUTILAÇÃO E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

3.1 ADOLESCÊNCIA

Compreender as transformações da adolescência durante a história torna-se um estudo relevante, sendo que ainda, para muitos autores, há uma naturalização desse conceito.

A antropóloga Margaret Mead (1945) realizou um estudo com os jovens de Samoa e, em consonância com os estudos sobre o desenvolvimento de Benedict, apontou “a importância dos fatores culturais no processo de desenvolvimento” (MUSS, 1966, p. 56). Em Samoa, as pessoas não apresentam diferenças tão demarcadas como na cultura ocidental, nessa comunidade o desenvolvimento ocorre de forma gradual e segue uma continuidade. Ao contrário da cultura ocidental, como aponta MUSS (1996):

nossa cultura dá ênfase à descontinuidade da função sexual. As experiências da infância são censuradas e restringidas, e o sexo é considerado uma coisa feia. Até o casamento, a virgindade e a abstinência sexual são sustentadas como ideias sociais. Mas na noite de núpcias espera-se sensibilidade sexual (MUSS, 1966, p. 59).

Assim, nota-se o discurso contraditório e estigmatizante da cultura ocidental e também a fiscalização e controle da satisfação das necessidades tanto de crianças como de adolescentes. As interrupções e rupturas características das “passagens” das fases pressupõem uma descontinuidade no desenvolvimento, o que coloca o adolescente vivendo à margem daquilo que lhe pertence.

Este homem constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, revela – em todas as suas expressões – a historicidade social, a ideologia, as relações sociais, o modo de produção vigente (OZELLA; AGUIAR, 2008, p. 98).

O período do desenvolvimento humano nomeado de adolescência traz consigo jargões pronunciados por pais e mesmo por profissionais que trabalham com esse público, sendo um período caracterizado, comumente, como momento de intensa turbulência, vivências de conflitos e tensão. “Assim, a normalidade da crise banaliza os conflitos” (OZELLA et al., 2003, p. 104). E ainda, são justificados

como sendo próprios da idade e universais, novamente naturalizando e patologizando o período da adolescência (OZELLA et al., 2003), sem considerar o meio social, histórico e as características singulares do sujeito.

A fase da vida nomeada de adolescência é uma construção história, com um significado adquirido pela sociedade. Buscamos nomear e dar significado ao que acontece com o ser humano, assim como a infância, o período da adolescência nem sempre existiu. Ozella et al. (2003) sugere que os fatos sociais surgem nas relações e os homens atribuem significados a esses fatos; definem, criam conceitos que expressam esses fatos. Quando definimos a adolescência como isto ou aquilo, estamos atribuindo significações (interpretando a realidade) com base em realidades sociais e em “marcas”, significações essas que serão referências para a constituição dos sujeitos (OZELLA et al., 2003, p. 99).

Àries (1981) conta que a idade cronológica pouco importava na Idade Média, tanto que não havia registros dos anos de vida das pessoas. Na escola, crianças e adultos podiam dividir o auditório infantil, ambas aprendiam no mesmo espaço. A idade passa a ter importância a partir no século XIX. No entanto, constata-se que os alunos iniciantes tinham aproximadamente 10 anos. Os mestres alugavam salas e os alunos se sentavam no chão de palha ou, mais tarde, em bancos. “Nessa sala, reuniam-se então meninos e homens de todas as idades, de seis a 20 anos ou mais”. E acrescenta que eram de “todas as idades da vida, pois não havia uma palavra para designar o adulto, e as pessoas passavam sem transição de *juvenes* a *senes*” (ÀRIES, 1981, p. 167).

Assim, as significações dadas aos diferentes períodos da vida e das transformações ocorridas com o corpo do jovem e mesmo com as práticas profissionais estão vinculadas às significações construídas naquela cultura. “A adolescência é uma construção social. Antes do século XX não existia esse conceito. Nas culturas ocidentais, as crianças entravam para o mundo adulto quando amadureciam fisicamente ou quando começavam um aprendizado profissional” (PAPALIA, 2009, p. 397).

Assim, a construção da adolescência se dá num processo que se refere a um hiato, constituído por uma sociedade capitalista e impulsionada pelo ingresso no mercado de trabalho e na necessidade de preparo técnico. A adolescência é construída socialmente, a partir de necessidades sociais e econômicas (BOCK; GONÇALVES; FURTADO, 2002).

Com base na discussão sobre a construção social da concepção de adolescência é possível entender que “a subjetividade é histórica, constrói-se ao longo da vida do sujeito, e por isso não pode refletir o imediato. O sujeito tem sua própria história e é a partir dela que reflete a realidade” (BOCK; GONÇALVES; FURTADO, 2002, p. 107).

Com isso, a manutenção naturalizante das concepções de adolescência como um período de crise desconsidera a realidade e assim camufla as contradições sociais que constituem esse fenômeno (OZELLA; AGUIAR, 2008).

Essas contradições sociais podem ser identificadas tanto na compreensão do conceito de adolescência quanto nos desdobramentos denunciados por esse público pelas experiências de automutilação, como veremos a seguir.

3.2 LITERATURA CIENTÍFICA

Na busca de estudos que respaldassem a temática abordada, o comportamento de automutilação em adolescentes, foram realizadas pesquisas nas bases de PUBMED, LILACS e BIREME. A pesquisa na base de dados foi realizada em 30 de setembro de 2013. Foram encontrados 38 artigos em busca realizada com os descritores: automutilação e adolescente na base de dados BIREME e *self mutilation* e *adolescent* nas bases de dados PUBMED e LILACS, publicados nos últimos 6 anos. Desses artigos, 5 foram excluídos por se tratarem de comportamentos decorrentes de esquizofrenia/sintomas psicóticos e autismo, 4 por não citarem adolescente no resumo, 2 por não citarem automutilação no resumo, 2 por apresentarem síndrome genética, 5 por serem repetidos e 2 artigos por não terem o resumo disponível para pesquisa *online*. Por fim, restaram 18 artigos que falam sobre o tema.

Foram encontrados três artigos na área da enfermagem: Rissanen, Kylmä e Laukkanen (2008, 2009); Hicks e Hinck (2008). Os estudos visam compreender o comportamento de automutilação para auxiliar os profissionais no cuidado de adolescentes que se automutilam e também os familiares, abordam ainda que o comportamento de automutilação tem como intuito controlar as emoções.

Os autores Luukkonen et al. (2009) fazem um estudo sobre a relação do *bullying* nas tentativas de suicídio e automutilação de adolescentes. Os resultados apontam que nas meninas, tanto sofrer *bullying* como ser agressor são fatores de risco para tentativas de suicídio e automutilação.

Scourfield e McDermott (2011) percebem uma dicotomia constituída pelos jovens entre automutilação autêntica, que está enraizada em perigo real, e as tentativas autoindulgentes. Esta construção é localizada em vários contextos socioculturais, apontando certo dualismo e ambivalência contemporânea acerca da saúde mental e da juventude.

Asarnow et al. (2011) refere que a autolesão é um problema comum na adolescência e tem a depressão um preditor significativo.

Hall e Place (2010) percebem um aumento na frequência do comportamento de automutilação entre os jovens do Reino Unido. A prevalência é de 1 em 12 e 1 em 15 adolescentes. Os autores sugerem a construção de estratégias de enfrentamento de problemas.

Riala, Hakko e Räsänen (2009) realizaram um estudo que investiga o grau de dependência da nicotina e comportamento suicida entre adolescentes, internados em um hospital da Finlândia. Concluem que o nível elevado de nicotina deve ser levado em conta, mas são necessários mais estudos sobre o assunto.

Tolmunen et al. (2008) associam que os adolescentes que se cortavam apresentaram experiência dissociativa. Esses resultados indicam que o comportamento dissociativo é um fator de risco em adolescentes.

Lewis et al. (2011) relatam que os vídeos no *YouTube* normatizam o comportamento de automutilação e podem reforçar a visualização de tal comportamento. A grande parte dos vídeos fornecem informações ou expressam uma mensagem de esperança ou melancolia.

Resch, Parzer e Brunner (2008) investigam a prevalência de questões psicossociais no comportamento suicida. Há uma forte ligação entre o comportamento suicida e problemas emocionais e comportamentais, especialmente com sintomas de depressão, ansiedade e hiperatividade.

3.3 ADOLESCÊNCIA E AUTOMUTILAÇÃO – LUGAR DE (IN)VISIBILIDADE

Assim como a construção da adolescência, o ato de marcar o corpo tem significações diferentes em cada cultura. Desenhos no corpo podem fazer parte de rituais de tribos africanas ou mesmo as tatuagens representarem uma expressão artística. Neste estudo, discutiremos a automutilação, que é o ato de provocar lesões em si de forma deliberada.

O termo automutilação é o mais encontrado em pesquisas no Brasil e também em cartilhas do Ministério da Saúde, citadas anteriormente; neste trabalho, optamos por essa nomenclatura. Outras denominações também são encontradas, como lesão autoprovocadas, autolesão, autoagressão etc.

Le Breton (2010), antropólogo francês, opta por usar a denominação escarificação, que significa cortar-se superficialmente, marcar o corpo. Assim, “a pele participa intensamente do processo de separação-indivuação que caracteriza a passagem” (LE BRETON, 2010, p. 26). A pele é tanto o que separa o sujeito do meio como o que o conecta.

O corpo, especialmente a pele, que é sua instância visível, é o recurso mais imediato para alterar sua relação com o mundo. Redesenhando suas fronteiras, o indivíduo manipula as relações entre o eu e o outro, o dentro e o fora, o corpo e o mundo etc. Procura inscrever-se noutra dimensão do real. Mudando seu corpo ele pretende, antes de tudo, mudar de vida (LE BRETON, 2010, p. 27).

O autor, traz a possibilidade de se pensar a automutilação como a manipulação da relação com o meio e consigo.

Alguns jovens produzem os cortes, em geral, em braços, pernas e áreas expostas, como forma de “autotatuagem”, podendo essa ser uma forma de identificação com o grupo em que está inserido. A prática acontece, principalmente, em adolescentes e jovens adultos, e vem aumentando, provavelmente pela divulgação em meios de comunicação (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008).

Os autores citados acima dividem o comportamento automutilante em: estereotipado; estereotipado maior; compulsivo e impulsivo. O comportamento automutilante estereotipado pode estar associado ao retardo mental, autismo, síndrome de Lesch-Nyhan, Cornelia de Lange's e Prader-Willi¹. O comportamento estereotipado maior inclui formas graves de autoferimento, causando danos irreversíveis, possivelmente presentes em quadros psicóticos graves e transtorno de personalidade severo. O comportamento automutilante compulsivo inclui movimentos repetitivos, podendo ocorrer várias vezes

¹ A Síndrome de Lesch-Nyhan é uma desordem genética e se caracteriza por hiperprodução de ácido úrico, distúrbios neurológicos e distúrbios comportamentais. Síndrome de Cornelia de Lange ou também conhecida como nanismo de Amsterdan é uma doença genética associada a malformações. A síndrome de Prader-Willi também é uma doença genética que afeta o desenvolvimento da criança (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008).

no mesmo dia. O comportamento automutilante impulsivo é o comportamento mais comum e envolve comportamentos impulsivos, podendo incluir cortar a própria pele, queimar-se e bater-se (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008). Sobre o comportamento automutilante os autores concordam que eles costumam ocorrer após a vivência de uma forte emoção, como a raiva, sendo vistos como uma forma de lidar com esta. Logo, podem ser desencadeados por uma vivência traumática ou apenas por sua lembrança (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008, p. 183).

Já o atual DSM-V (2014) traz o comportamento de autolesão com critérios próprios e não associado diretamente com o Transtorno de Personalidade *Boderline*, como descrito anteriormente no DSM-IV (1995). Segundo o DSM-V (2014), quando pessoas que se envolvem em autolesão são admitidas em um hospital, outras pessoas podem começar a desenvolver o comportamento.

Estudos apontam para alguns fatores de riscos associados à automutilação: abuso emocional, físico ou sexual na infância; viver com apenas um dos pais; conflitos familiares; conhecimento de que algum membro da família ou colega pratica a automutilação; abuso de álcool e tabaco ou outras substâncias; ser vítima de *bullying* na adolescência; presença de sintomas depressivos, ansiosos, impulsividade e baixa autoestima; ideação ou tentativa de suicídio prévia (GIUSTI; GARRETO; SCIVOLETTO, 2008)

3.3.1 Lugar da (in)visibilidade e mediação social

Como já visto anteriormente, o período da adolescência vem carregado de jargões e crenças. Este período desvela crenças e valores construídos culturalmente como um período de crises e turbulências, atribuindo à adolescência um lugar de banalização dos conflitos (OZELLA et al., 2003) e de comportamento previsível.

Quando naturalizamos as expressões, sentimentos e comportamentos de determinado grupo, aqui os adolescentes, os colocamos no lugar da invisibilidade. Este lugar, encharcado de significações, atribuí aos adolescentes comportamentos “próprios da idade”, desprezando a singularidade daquele sujeito.

Esse fenômeno pode ocorrer com qualquer grupo social, principalmente quando se trata de minorias. Os rótulos são construções sociais e antecedem um comportamento esperado por esses grupos estigmatizados. No livro *Cabeça de Porco*, os autores falam sobre os

danos causados por estigmas e com isso “o estigma dissolve a identidade do outro e a substitui pelo retrato esteriotipado e a classificação que lhe impomos” (ATHAYDE, et. al, 2005, p. 175).

Assim, quando precedemos um conceito para um grupo, colocamos aquele sujeito ou aqueles sujeitos no lugar de invisibilidade, damos à ele(s) um lugar de não olhar. É onde não há olhar, visibilidade, há invisibilidade e não reconhecimento.

Uma das formas mais eficientes de tornar alguém invisível é projetar sobre ele ou ela um estigma, um preconceito. Quando o fazemos, anulamos a pessoa e só vemos o reflexo de nossa própria intolerância. Tudo aquilo que distingue a pessoa, tornando-a um indivíduo; tudo o que nela é singular desaparece (ATHAYDE, et. al, 2005, p. 175).

E o que seria não ser visto? Para Athayde (et. al, 2005) “não ser visto significa não participar, não fazer parte, estar fora, tornar-se estranho”.

Quando falamos de adolescentes que apresentam o comportamento de automutilação, podemos construir algumas hipóteses. Os adolescentes que são colocados no lugar de invisibilidade, não são reconhecidos em sua humanidade. Entendemos o comportamento de automutilação como uma forma de expressão e sua significação é mediada socialmente e também singularmente. Alguns estudos apresentados acima, tem relacionado o comportamento de automutilação como formas de expressão e alívio de sofrimento intenso e relaciona ainda à sintomas de ansiedade e depressão (ASARNOW et al.,2011; RESCH, PARZER e BRUNNER, 2008). O sofrimento torna-se visível a partir da automutilação e sai do lugar da invisibilidade. “Há uma fome mais funda que fome, mais exigente e voraz que a fome física: a fome de sentido e de valor; de reconhecimento e acolhimento; fome de ser - sabendo-se que só se alcança ser alguém pela mediação do olhar alheio que nos reconhece e valoriza” (ATHAYDE, et. al, 2005, p. 215).

O comportamento de automutilação vai para além do lugar da (in)visibilidade. Ao se automutilar, o adolescente torna visível sua dor. Ela, então, está marcada em seu corpo. Podemos supor que o comportamento de automutilação é uma tentativa de sair de um lugar de invisibilidade para a visibilidade do corpo. “O sujeito que não era visto, impõe-se a nós” (ATHAYDE, et. al, 2005, p. 215).

A entrevista com os adolescentes, , como será apresentada na discussão deste trabalho, busca o lugar da visibilidade. Ao falarmos das histórias dos adolescentes, construímos um lugar de visibilidade para histórias reais.

O olhar, o reconhecimento aquele que nos coloca em contato com a nossa humanidade, com a nossa existência é a mediação para restaurar a nossa dignidade, reparando o dano causado pela invisibilidade (ATHAYDE, et. al, 2005).

Não podemos negar que o comportamento de automutilação dos adolescentes impõe a visualização de marcas no corpo, que como mencionado anteriormente, é encharcado de significações. Seria o comportamentamento de automutilação uma busca pelo olhar do outro?

A mediação do olhar produz reconhecimento. Este olhar não se produz somente quando se olha no olho, mas quando se inclui, quando se toca na humanidade do outro e quando sentimos nos “fazendo parte”.

Então, a mediação social pode acontecer de diversas formas: ao participar de um grupo, seja ele um grupo na escola, um grupo de trabalho, no grupo familiar e mesmo num grupo na *Internet*. A mediação se estabelece no reconhecimento do outro. Assim, entendemos o olhar do outro como constitutivo de si (MATTOS, et al. 2014).

O olhar (ou a modalidade de percepção fisicamente possível) que permite ao ser humano o reencontro com sua humanidade, pela mediação do reconhecimento alheio, é o espelho pródigo que restaura a existência plena, reparando o dano causado pelo déficit de sentido, isto é, pela invisibilidade (ATHAYDE, et. al, 2005, p. 216).

O Livro dos Abraços de Eduardo Galeano (2002), conta a história de um menino que não conhecia o mar, seu pai o levou para que descobrisse, então, o mar. O menino mudo de tanta beleza e com sua imensidão, pede ao pai: - Me ajuda a olhar!

Esse pedido vem de encontro ao que estamos falando, a mediação, esta que media o olhar, esta que olha e dá significado, tanto ao menino quanto ao que ele ainda não consegue nominar, é fundamental para a relação. É a partir da relação, a partir do olhar do outro, que há o reconhecimento, possibilitando, assim, a visibilidade.

Os adolescentes, como todos nós, buscamos essa mediação.

3.4 MODOS DE SUBJETIVAÇÃO: UM OLHAR DA ABORDAGEM GESTÁLTICA E DA ONTOLOGIA DO SER SOCIAL

O organismo sabe tudo. Nós muito pouco.
(PERLS, 1977)

A abordagem gestáltica e a relação dialética da ontologia do ser social (universal, particular e singular) são eixos orientadores da nossa compreensão de sujeito sobre o fenômeno da automutilação na adolescência.

Todas as experiências do homem acontecem na relação com o seu ambiente. O homem precisa do meio para sobreviver, precisa do ar para respirar, de alimento. Não existe “função” de animal algum que se complete sem o ambiente. Assim, todo o fenômeno acontece nesse campo interacional organismo/meio (PERLS et al., 1997).

3.4.1 Fronteira do “eu”: modos de subjetivação do sujeito

Entendemos o homem como um ser social que é constituído pela sociedade e que também o constitui. E é nesse processo interdependente que se dá o processo de subjetivação.

Na abordagem gestáltica, chamamos o encontro entre o homem e o seu ambiente de fronteira do “eu”. A fronteira não é algo rígido ou fixo, mas um “ [...] órgão de uma relação específica entre organismo e o ambiente” (PERLS et al., 1997, p. 44). É nessa fronteira que o sujeito se diferencia do meio, mas que também instaura contato com ele, onde os processos de mediação entre o organismo e o ambiente se estabelecem e se ajustam entre si.

O processo de constituição do sujeito acontece na fronteira do “eu”. A constituição da identidade acontece na diferenciação entre o “eu” e o “outro”, entre o que o sujeito reconhece como semelhante e o que lhe causa estranheza. Como dito anteriormente, a fronteira não é algo fixo e assim há uma fluidez na diferenciação. “A fronteira entre o organismo e o ambiente é mais ou menos experienciada por nós como aquilo que está por dentro da pele e aquilo que está por fora dela [...]” (PERLS, 1977, p. 22).

Entendemos a “fronteira” como um órgão que faz tanto o contato com o outro como o que delimita e afasta. É um processo de aceitação e rejeição (PERLS, 1981).

Podemos chamar de “fronteira do eu”, a diferenciação entre o “eu” e o “outro”. Isto significa que o eu existe na medida em que estabelece contato com o universo, ou seja, o eu existe sob uma condição existencial que o define. Isto significa que a identidade de “eu” não é uma substância com fronteiras, mas sim exatamente as fronteiras, os próprios pontos de contato que constituem o sujeito. Dessa forma, somente quando o ser se encontra com algo “estranho” e define um contato entre o velho e o novo, começa a existir o sujeito, em função dessa experiência de contato (ZURBA, 2003, p. 33).

Neste sentido, a relação que o sujeito estabelece com o ambiente e que o faz se diferenciar dele é o que o constitui. É na própria fronteira que o sujeito tem a experiência de contato com o mundo e que o diferencia.

A identificação e a alienação são opostos dialéticos, são partes da mesma fronteira. Sua função é tanto estabelecer contato como diferenciar o organismo do meio. É nessa relação dialética entre a identificação e alienação que acontece o processo de identidade do homem (PERLS, 1977; 1981).

Se traduzirmos a dialética – tese, antítese e síntese – para existência, poderemos dizer; existência, anti-existência e existência sintética. A maior parte de nossa vida é uma existência sintética, um meio-termo entre a anti-existência e a existência (PERLS, 1977, p. 84).

Perls (1981) compreende a construção da subjetivação nesse processo, o indivíduo como uma função do campo organismo/meio e assim entende o homem tanto como indivíduo como ser social.

A relação sujeito-ambiente é compreendida em Gestalt Terapia como “campo existencial” (SCHNAKE, 2001), devido às dificuldades para diferenciar organismo e meio, sendo que ambos se constituem mutuamente.

A síntese existencial é precisamente a dinâmica de integração entre a “tese” e a “antítese” existencial, que todos experienciamos na vida cotidiana por meio de identificação e alienação, constituindo, assim, nossa identidade” (ZURBA, 2011, p. 7).

Podemos entender o “campo existencial” a partir da relação dialética. Tanto o organismo quanto o meio precisam um do outro para se diferenciar e também para se conectar. O organismo só existe na relação com o meio e o meio só se estabelece com a presença do organismo.

3.4.2 Ontologia do ser social: universal, particular e singular

Para o entendimento da constituição do homem, é importante compreender o conceito de “vida cotidiana”. A dialética do ser social é a esfera onde ocorre a relação entre o sujeito e o meio social. Nesse âmbito, encontramos as contradições que se colocam incessantemente na constituição do eu, que são descritas na obra de Heller (1992) através das esferas do universal, particular e singular.

O homem nasce inserido em sua cotidianidade. O amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão. É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade (HELLER, 1992, p. 18).

O homem particular, descrito por Heller (1992, 1994), é o homem que existe a partir da relação com a sociedade. Para tanto, necessita de suas características singulares e do meio/universal para a sua constituição.

Para compreendermos esse homem particular que reproduz e é reproduzido pelo cotidiano, precisamos compreender que as experiências dele acontecem a partir da sua relação com o meio e com a sua história. E assim, “[...] a reprodução do homem particular é sempre a reprodução de um homem histórico, de um homem particular em um mundo concreto” (HELLER, 1994, p. 22).

A vida cotidiana é a reprodução do homem particular. O particular é a reprodução do homem que ocupa um lugar na sociedade. A vida cotidiana é um conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, e estes, por sua vez, a reprodução social (HELLER, 1994).

Para Heller (1992, 1994), este homem somente existirá na relação dialética singular e universal e a partir dessa relação surge o homem particular. Também para Perls, Hefferline e Goodman (1997) o homem se constitui na relação dialética entre organismo e meio. O singular e universal para Heller e o organismo e meio para Perls, Hefferline e Goodman são funções interligadas e indissociáveis.

É a partir da atividade vital que o homem se constitui na sociedade e dá significado para sua existência. “A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa da vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade” (HELLER, 1992, p. 17).

Todo o sujeito nasce e cresce inserido no meio em que vive. Para Heller (1992), a vida cotidiana está no centro do acontecer histórico e esse acontecer é a essência da substância social.

Nossa compreensão é de que todo homem produz e é produzido pela sociedade. Esse processo ocorre de forma indissociável. O homem é construído na relação objetividade/subjetividade. E é a partir dessa relação que o sujeito altera a si e a realidade (HELLER, 1992, p. 18).

Entendemos os modos de subjetivação como a relação do sujeito com o meio; a interação constante da subjetivação com o cotidiano do sujeito. Assim, o sujeito é tanto produto como produtor do meio. Com isso, compreendemos que a vida cotidiana não é tão somente o cotidiano imediato e sim toda a sua história.

O homem vive em comunidade, transforma e é transformado a partir das experiências cotidianas e também de sua história. O conceito de vida cotidiana de Agnes Heller (1994) fala do homem particular que constrói a si mesmo na sociedade, e cada um tem o seu modo de viver, de dormir, de se alimentar. O homem só pode se desenvolver quando tem uma função para a sociedade.

3.5 NOVOS PARADIGMAS: A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

Para compreender as transformações da Saúde Mental no Brasil, é relevante destacar a trajetória da Reforma Psiquiátrica, seus avanços e entraves.

3.5.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Após o início do movimento da Reforma Psiquiátrica na Itália, com Franco Basaglia, nos anos 60, o movimento chega ao Brasil no final dos anos 80. Surge então a possibilidade de cuidar das pessoas denominadas “loucas” longe da clausura dos hospitais. Impossível desconsiderar os impactos dos movimentos da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica em nosso contexto atual. No entanto, muito ainda é necessário avançar no cuidado do sujeito em sofrimento.

A transição paradigmática que estamos vivendo pode ser compreendida quando atentamos para a história da loucura e do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico até os tempos atuais. Estamos numa constante contradição e tensionamento entre as práticas positivistas e o olhar dialético para o sujeito. Como afirmam os autores Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 29), “o lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição. Talvez esteja aí uma certa característica ontológico-social, pois isso é expressão e resultante de relações e situações sociais concretas”.

A Reforma Psiquiátrica traz consigo uma mudança epistemológica da compreensão das pessoas que estão em sofrimento psíquico e uma transição de paradigma: a “loucura” pode ser compreendida enquanto fenômeno social. Com a nova proposta de modelo de Saúde Mental emerge, também, alguns entraves surgidos com ideologias vindas do movimento. Com isso, corremos o risco de negar a doença, idealizar a loucura e minimizar o sofrimento da pessoa.

Muitas vezes, quando falamos da influência social na construção da doença, compreende-se, erroneamente, que a doença não faz parte do sujeito ou não deve ser levada em conta. Não podemos negar a doença, esta faz parte do contexto de vida da pessoa, mas não só a doença, também o sofrimento psíquico advindo dessa construção. “Esta influência, em muitos casos mal interpretados como abolição da doença e da clínica, tem contribuído para um certo esvaziamento da discussão sobre a clínica e os serviços substitutivos de saúde mental” (CAMPOS, 2011, p. 102).

Para tanto, utilizemos a proposta basagliana: coloquemos entre parênteses a doença e pensemos no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Colocar entre parênteses é compreendido pela fenomenologia como suspensão fenomenológica: não se considera somente a doença ou o sintoma, mas o sujeito, sem esquecer que a experiência da doença e o

sintoma também fazem parte da existência do sujeito (AMARANTE; TORRE, 2007).

Suspender a doença possibilita compreender a história da pessoa e sua construção social e histórica. Olhar para o sujeito significa uma ruptura com a clínica tradicional e “a doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão e a ruptura epistemológica com a psiquiatria que adotou o modelo de ciências naturais para pretender conhecer a subjetividade” (AMARANTE; TORRE, 2007, p. 49).

As formas de avaliação, como os manuais classificatórios, e mesmo as práticas terapêuticas são normativas ainda hoje. “Desta forma, é possível perceber com clareza uma história dos processos avaliativos que demonstra a natureza normativa e positivista do campo da avaliação e suas práticas” (AMARANTE; TORRE, 2007, p. 42).

Para a prática do cuidado psicossocial, é preciso partir da compreensão do sofrimento da pessoa por meio da sua existência e de suas relações com o mundo. E, com isso, passamos a compreender a integração da dimensão social nas enfermidades (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003).

3.5.2 Rede Atenção Psicossocial

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que garante proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, anuncia uma nova perspectiva de olhar para as pessoas em sofrimento psíquico. Em conjunto com portarias e decretos, como a Portaria n.º 336/GM/2002, que define as diretrizes de funcionamento dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, e a Portaria n.º 3.088/2011, que institui a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas, tem demarcado mudanças no cenário da Saúde Mental no país.

A Rede de Atenção Psicossocial, em consonância com a Política Nacional, dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, como forma de descentralização do atendimento em saúde mental, construção de redes de cuidados e atenção à pessoa em sofrimento psíquico.

Os principais objetivos da RAPS visam à ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; à promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e à garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2014b).

Os objetivos específicos da RAPS incluem: a promoção dos cuidados em saúde, particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; e também a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais, entre outros (BRASIL, 2014b).

A RAPS é dividida pelos seguintes componentes:

Figura 1 – Componentes da RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL, 2014b.

A Rede de Atenção Psicossocial surge com o intuito de descentralizar o cuidado em saúde mental e direciona a atenção psicossocial para a comunidade. Com a RAPS, além do CAPS, outros serviços passam a realizar o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, buscando atender o usuário no seu território.

Entendemos por território um local construído historicamente, por pessoas que nele habitam, espaços onde ocorrem as relações de vida das pessoas, relações de trabalho e também de ações políticas. Conforme Milton Santos (2003), geógrafo,

o território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer

àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população. (SANTOS, 2003, p. 97)

Com a territorialização do cuidado, é possível que a pessoa seja atendida na sua comunidade e assim possa circular por espaços que possibilitem o acesso ao tratamento e à desmistificação do cuidado em saúde mental.

Assim, a Reforma Psiquiátrica direciona e possibilita o cuidado para fora dos hospitais psiquiátricos, caminhando para o cuidado na comunidade. Os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. “Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais” (BRASIL, 2004, p. 25).

[...] a substituição dos cuidados nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais é meta fundamental da organização de serviços de saúde. E a estratégia para atingir essa meta é a intervenção conjunta da equipe especializada em saúde mental e a equipe do ESF (LANCETTI, 2001, p. 166).

É necessária a integração do CAPS com a rede básica de saúde. Os profissionais de saúde e equipes da atenção básica são as pessoas mais próximas da comunidade e têm como responsabilidade a atenção à saúde da população daquele território. O CAPS é responsável pelo acompanhamento, capacitação e apoio às equipes que trabalham com esse público (BRASIL, 2004); para isso ele precisa:

a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar

visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2004, p. 25).

3.5.3 Atenção psicossocial ao Adolescente

Como dito anteriormente, a atenção às pessoas em sofrimento psíquico tem ultrapassado os muros dos hospitais em direção à comunidade, buscando o cuidado da pessoa no seu território. Os CAPS são dispositivos estratégicos desse movimento (BRASIL, 2004).

A atenção ao adolescente, assim como à criança, também faz parte desse movimento. A RAPS tem caminhado para o atendimento ao adolescente nos diversos componentes que compõem a Rede, como Atenção Básica em Saúde e mesmo na Atenção Psicossocial Estratégica, em situações de sofrimento psíquico grave.

O CAPS Infantil é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes acometidos gravemente de sofrimento psíquico. O serviço é responsável por parcerias necessárias com a Rede de Saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 09).

Conforme a cartilha *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (BRASIL, 2004), preconiza-se iniciar o quanto antes o cuidado de crianças e adolescentes, principalmente em situações

de psicose da infância e autismo infantil, atendendo a determinadas condições:

- O tratamento tem mais probabilidade de sucesso quando a criança ou adolescente é mantida em seu ambiente doméstico e familiar;
- As famílias devem fazer parte integrante do tratamento, quando possível, pois observa-se maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente;
- O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos;
- As equipes técnicas devem atuar sempre de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, recomendando-se a participação de médicos com experiência no atendimento infantil, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, para formar uma equipe mínima de trabalho. A experiência de trabalho com famílias também deve fazer parte da formação da equipe;
- Deve-se ter em mente que no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias;
- Atividades de inclusão social em geral e escolar em particular devem ser parte integrante dos projetos terapêuticos (BRASIL, 2004, p.23)

As atividades desenvolvidas nos CAPSi são semelhantes aos CAPS, como atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas. São dirigidas à faixa etária do público atendido. Assim, por exemplo, as atividades de inserção social devem privilegiar aquelas relacionadas à escola (BRASIL, 2004).

No que tange à saúde mental dos adolescentes, ainda é necessário avançar, visto o escasso número de publicações e políticas voltados a esse público.

3.5.4 Rede de Atenção Psicossocial de Blumenau

A cidade de Blumenau, onde ocorreu esta pesquisa, faz parte da região do Vale do Itajaí, segundo o IBGE (2014) a estimativa é de que o número de habitantes seja 334.002. A Rede Pública de Saúde é formada por 64 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sete Ambulatórios Aeráteis, uma Unidade Avançada de Saúde, uma Policlínica, um Centro de Saúde, um CAPSi, um CAPS II, um CAPS AD, um Serviço de Avaliação em Saúde Mental, uma Farmácia da Saúde Mental, três Hospitais, sendo uma Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral, entre outros serviços especializados de níveis secundários e terciários.

O surgimento do CAPS no município ocorreu no ano de 2002, com a denominação de CAPS II. Devido à grande demanda pelo serviço, no mesmo ano aconteceu a inauguração do CAPSi e do CAPS AD.

Após uma tragédia natural em 2008 nos municípios do Vale do Itajaí, onde pessoas que moravam em áreas de risco tiveram que deixar suas casas repentinamente, o município de Blumenau se organizou para repensar ações estratégicas que possibilitassem a manutenção da saúde mental da população. Em 2009 foram organizadas equipes de profissionais de Serviços de Referência em Saúde Mental (CAPS) que se deslocaram até as unidades de saúde para a discussão de temas que envolviam a Saúde Mental.

Com a aproximação dos CAPS e das unidades de saúde, iniciou o processo de descentralização do cuidado em saúde mental e assim a busca pela territorialização dos atendimentos em Saúde Mental, com intuito de proporcionar maior acesso da população ao serviço, desmistificando o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Atualmente, as políticas em saúde mental que estão voltadas aos adolescentes no município abrangem o PSE – Programa Saúde na Escola, conforme Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, sendo uma parceria entre o Ministério da Educação e da Saúde com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da Rede Pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde; e o Matriciamento em Saúde e Educação, que visa a um processo de construção compartilhada entre duas equipes.

As principais estratégias do programa relacionadas à saúde mental no município de Blumenau são: Promoção da Saúde mental no Território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o Grupo Intersetorial Municipal; Saúde e Prevenção nas Escolas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas. O público beneficiário do PSE são os estudantes da educação básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar (conforme *Anexo B*).

Além disso, ressaltamos o Matriciamento em Saúde e Educação, que busca possibilitar um intercâmbio de informações entre a saúde e a educação, contribuindo assim com a melhoria das relações humanas no contexto escolar e no processo de aprendizagem dos alunos da Rede Municipal de Ensino de Blumenau. Tem como objetivo aprofundar as reflexões a respeito da saúde mental e educação, abordando temas sobre a educação inclusiva e diversidade. O público alvo são gestores e coordenadores do ensino fundamental e educação infantil da rede municipal de ensino (conforme *Anexo C*).

Percebemos ainda uma certa timidez nos avanços das Políticas de Saúde Mental do município para crianças e adolescentes, visto a frágil articulação da saúde com outras áreas de atuação no cuidado do adolescente, como: assistência social, espaço de lazer, esporte, educação, cultura etc. Percepção que abrange toda a rede de atenção psicossocial do país.

4 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa, descritiva e fenomenológica. Para o desenvolvimento do método deste estudo foi necessário resgatar a pergunta de pesquisa sobre os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam.

Quais os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam?

Salientamos que nosso olhar para o sujeito e para o campo é dialético, compreendemos que a construção dos modos de subjetivação acontecem no cotidiano, um reproduz e é reproduzido pelo outro. Essa compreensão acompanhou todas as etapas desta pesquisa e possibilitou o diálogo do pesquisador com o campo estudado.

Assim como afirma Minayo (2007, p. 359), o estudo desvenda a própria forma de relação do pesquisador com o campo “[...] pois a investigação social como processo de produção e produto é, ao mesmo tempo, uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção”.

As concepções epistemológicas e ontológicas posicionaram a postura e guiaram o olhar para o campo de pesquisa. O aporte teórico possibilitou a aproximação com o campo e o olhar para os adolescentes e seu cotidiano. A nossa busca voltou-se para compreender os modos de subjetivação dos adolescentes que se automutilam e suas implicações e, a partir da sua história de vida, identificar os mediadores sociais na vida do adolescente e como se dá a relação com os serviços de atenção psicossocial.

4.1 CONSIDERAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS

No decorrer do trabalho, tivemos uma compreensão dialética do homem em que existe uma relação indissociável entre sujeito e cotidiano, sendo estes constituídos mutuamente.

Para compreender este adolescente e sua relação com os dispositivos de saúde e seus mediadores sociais, utilizamos a epistemologia de Edward Thompson (1981), a partir do conceito da lógica histórica, desenvolvido pelo autor.

Assim, a compreensão da lógica histórica atravessou todo o nosso percurso e contribui para o nosso olhar para o campo de pesquisa. Thompson (1981) aponta a dificuldade para discutir o assunto: a investigação histórica vem desenvolvendo, no decorrer dos anos, um

discurso próprio de demonstração, que difere da *lógica física* e da *lógica analítica*.

Entende diferir da lógica física, pois a lógica histórica não se pode averiguar em laboratórios experimentais, e os processos sociais e econômicos não são passíveis de experimentação laboratorial. “Por lógica histórica entendo um método lógico de investigação adequado a materiais históricos, destinado, na medida do possível, a testar hipóteses quanto à estrutura, causação, etc., e a eliminar procedimentos autoconfirmadores” (THOMPSON, 1981, p. 49).

Neste sentido, as categorias de pesquisa são sempre históricas, os fatos devem ser observados no seu tempo.

4.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO

Durante o pré-projeto, com o intuito de iniciar a pesquisa, realizamos uma visita exploratória no CAPS Infantil de Blumenau, em busca de obter mais informações sobre o objeto e viabilidade da pesquisa, avaliando possíveis riscos éticos, a fim de desenharmos boas condições para o desenvolvimento deste estudo.

Segundo Flick (2004, p. 161), “a entrada no campo tem importância central para a revelação empírica e teórica do campo em estudo, não constituindo, simplesmente, um problema que deva ser resolvido tecnicamente”.

A pesquisa qualitativa tem como intuito a descrição dos fenômenos. Conforme Turato (2005),

depreende-se que o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida (TURATO, 2005 p. 509).

A pesquisa qualitativa possibilita a descrição dos fenômenos da vida cotidiana dos sujeitos e assim leva em conta a “pluralização das esferas da vida” (FLICK, 2004, p. 17). Ainda conforme o autor, “a pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua

particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais” (FLICK, 2004, p. 28).

A entrada no campo de pesquisa foi através do CAPS Infantil de Blumenau, no primeiro momento, após apresentação dos documentos necessários à Secretaria de Saúde do município. No serviço referido não foi possível contemplar o número de participantes previsto para a pesquisa, sendo necessário expandir a pesquisa para outros serviços, como Ambulatórios Gerais e Unidades de Saúde do Município.

O primeiro contato com o campo aconteceu com o coordenador substituto do Serviço, que na época desconhecia o comportamento de automutilação entre o público que frequentava o CAPSi. Após a aprovação da realização da pesquisa pelo CONEP, entramos novamente em contato com o CAPSi, já com a coordenadora titular, que entrou em contato com os profissionais da equipe para saber se havia ocorrência do comportamento de automutilação entre os adolescentes do CAPSi. Em reunião, a equipe identificou quatro adolescentes que apresentaram ou ainda apresentavam o comportamento de automutilação. Destes, três eram do gênero feminino e um do gênero masculino. A equipe do CAPSi entrou em contato com os adolescentes e responsáveis legais para questionarem a aceitação na participação da pesquisa. Dois adolescentes do gênero feminino aceitaram participar da pesquisa. A primeira entrevistada foi Maria, entramos em contato telefônico com a adolescente e com a responsável legal, a mãe, para agendar a entrevista. A entrevista aconteceu na sala da coordenadora do CAPSi.

A segunda adolescente entrevistada foi Carolina, entramos em contato telefônico com a adolescente e responsável legal, a mãe, sugeriu que agendássemos a entrevista no CAPSi, depois da consulta com o psiquiatra da adolescente. A mãe e a adolescente haviam trocado o dia da consulta e quando a pesquisadora chegou para realizar a entrevista, elas já haviam ido embora. Ao entrar novamente em contato, a mãe se desculpou e pediu que a pesquisadora realizasse a entrevista na casa da família. A entrevista ocorreu dias depois. Primeiro na cozinha da mãe de Carolina, depois, com a chegada da mãe, irmão e padrasto, fomos para o quarto de Carolina, na casa da irmã que mora ao lado, que dormia com suas duas sobrinhas. Com a Ana e responsável legal, a mãe, o contato foi realizado pelos profissionais do Ambulatório e a entrevista aconteceu logo após o atendimento da adolescente com a estagiária de psicologia do serviço.

O contato com a Iracema e com o responsável legal, a mãe, aconteceu a partir da indicação da psicóloga do Ambulatório Geral e

após o contato foi realizado pela própria pesquisadora que agendou o dia, horário e local da entrevista. A entrevista aconteceu no consultório de psicologia do próprio ambulatório. A mãe chegou após a entrevista para assinar o termo.

A Beatriz foi indicada pela psicóloga do ambulatório e a pesquisadora fez o primeiro contato com a adolescente e com a mãe. A entrevista aconteceu na Unidade de Saúde referência da família, por indicação da psicóloga.

A Angélica foi indicada pelo profissional médico da Unidade de Saúde, ele realizou o primeiro contato com a adolescente e responsável legal, a mãe, e agendou a entrevista. A entrevista ocorreu na própria unidade de saúde.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram seis adolescentes que apresentaram comportamento de automutilação no último ano e foram atendidos na RAPS de Blumenau.

A seleção dos participantes se deu por conveniência, a partir da disponibilidade do adolescente em participar, da indicação das equipes e sucesso do contato com o adolescente e responsável legal. Foram indicados pelas equipes de saúde 15 adolescentes para participação na pesquisa; destes, três adolescentes se negaram a participar da entrevista após o contato das equipes e com dois adolescentes não foi possível o contato telefônico por mudança do número de telefone. A partir da ligação telefônica tivemos sucesso no contato com oito adolescentes: um adolescente se negou a participar da pesquisa e um adolescente negou apresentar comportamento de automutilação durante a entrevista, não sendo utilizados seus dados.

Os participantes da pesquisa foram adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos que apresentaram pelo menos uma vez, durante o último ano, comportamento de automutilação e são ou foram acompanhados pelo CAPS Infantil, Ambulatórios Gerais e Unidades de Saúde da cidade de Blumenau. Os adolescentes participantes da entrevista eram, em sua totalidade, do gênero feminino. O gênero feminino não foi escolhido antecipadamente pela pesquisadora, de todos os adolescentes indicados pela equipe apenas um era do gênero masculino e este adolescente se recusou a participar da pesquisa.

4.4 IMPRESSÕES DA PESQUISADORA

Como mencionamos no decorrer do trabalho, o olhar do pesquisador é parte importante no processo de pesquisa. Acreditamos não haver neutralidade neste processo, o nosso olhar perpassa pelas ciências psicológicas, lugar de onde a pesquisadora fala. Por este motivo, tornou-se importante um espaço para discorrer sobre as impressões da pesquisadora durante este processo.

A entrevista em profundidade é um recurso que possibilita um olhar mais cuidadoso e aprofundado para a história dos adolescentes, esta percepção possibilita trazer para a pesquisa palavras que muitas vezes não são ditas nas entrevistas. Algo que as vezes escapa do recurso da gravação de áudio. Estes “não ditos” também são valiosos.

Chamou-nos a atenção que todas as adolescentes foram acompanhadas da mãe, mesmo a adolescente que teve sua entrevista realizada em casa, quem assinou foi a mãe. Antes da entrevista e depois, três mães afirmaram à pesquisadora, se referindo aos comportamentos de automutilação, que é algo da adolescência. As mães da Maria, Beatriz e Angélica gostariam que a entrevista tivesse uma continuidade, que seria bom para suas filhas falarem sobre o que acontece consigo. A mãe da Ana gostaria que a adolescente continuasse atendimento psicológico com a pesquisadora. Ao se apresentar a pesquisadora se declarou como mestrande e psicóloga. O médico da unidade de saúde demonstrou preocupação com o término do programa PET Saúde, o que possibilita a presença de um estagiário de psicologia na unidade. Angélica era atendida no momento da entrevista por uma estagiária do programa, e o profissional indagou se a entrevista era pontual ou se teriam mais encontros, assim, a adolescente poderia dar continuidade ao atendimento psicológico mesmo que o programa tivesse seu fim.

Ao realizarmos a entrevista na casa da Carolina nos deparamos com situações cotidianas da família, como encontro com outros mediadores sociais, além do responsável legal. Existe um espaço muito rico no ambiente familiar, a pesquisadora teve a possibilidade de vivenciar as situações descritas pela adolescente.

4.5 RECURSO METODOLÓGICO

A história de vida é uma abordagem da pesquisa qualitativa. Nesse tipo de abordagem a pessoa narra a sua história de vida e esta é

contada por quem a vivenciou. É um estudo aprofundado da vida de um indivíduo ou grupo. Possibilita a compreensão da trajetória histórica e as relações que estabelece ao longo da sua existência (SPINDOLA; SANTOS, 2003). A escolha por essa abordagem possibilitou a compreensão da trajetória de vida desses adolescentes e das suas relações sociais.

O recurso metodológico utilizado foi a entrevista em profundidade (FLICK, 2004). Entre as características dessa entrevista está a flexibilidade das respostas do entrevistado e do pesquisador ajustar as perguntas livremente, buscando intensidade nas respostas, não quantificação e representação estatística. Para isso foi utilizado um roteiro para entrevista, para nortear o pesquisador (conforme *Apêndice C*).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisadora explicou o estudo aos participantes e responsáveis legais, que em seguida receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – conforme *Apêndice A* –, a ser assinado pelos responsáveis legais dos adolescentes que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Foram cumpridos todos os quesitos da Resolução CNS 466/12, conforme parecer consubstanciado do CEP, anexado ao final.

Foi entregue uma cópia do projeto à Secretaria da Saúde de Blumenau, juntamente com um documento em que esta declarava estar ciente da pesquisa, assim como uma cópia do projeto aos Serviços de Saúde.

4.7 ABORDAGEM COMPREENSIVA E CRÍTICA: HERMENÊUTICA-DIALÉTICA

A abordagem para a análise do material qualitativo deste trabalho foi a hermenêutica-dialética. Esse olhar para a análise do material faz a combinação entre os processos críticos e compreensivos.

Essa combinação foi proposta primeiramente por Habermas no seu diálogo com Gadamer (1987 apud MINAYO, 2007). Os autores entendem essa abordagem como sendo uma alternativa que superaria o formalismo das análises de conteúdo e valorizaria as complementariedades e oposições entre as duas.

A abordagem hermenêutica se ocupa da compreensão da vida cotidiana, da realidade e dos fatos históricos. Segundo Minayo,

na abordagem hermenêutica, a unidade temporal é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento (nunca completa e nunca total), ou intransparente, levando a um impasse na comunicação (MINAYO, 2007, p. 329).

A abordagem dialética pode ser entendida a partir de duas fases: a antiga, desde os pré-socráticos até Hegel; e a moderna, de Hegel até os dias atuais (MINAYO, 2007). Na fase antiga, que vem do pensamento grego, buscava-se, através de perguntas e respostas, a verdade e assim trazer à tona incongruências das concepções falsas da realidade.

Com Hegel a dialética recebeu aprofundamento com três dimensões: ontológica, lógica e metodológica. A partir daí recebeu diferentes conotações:

a dialética do ser: o ser e o nada é um e o mesmo; a dialética da essência: a essência é o ser enquanto aparência de si mesmo; a dialética do conceito: o conceito é a unidade de ser e essência; e a dialética do ser, da essência, e do conceito: transforma-se em outro e o processo dialético do próprio ser (MINAYO, 2007, p. 339)

Entendemos a dialética como o desenvolvimento da realidade imediata, passível de transformação e constituindo o movimento dialético, composto por contradições.

A articulação entre hermenêutica e dialética busca uma reflexão que constitui uma *práxis* e possibilita tanto uma condução do processo de modo compreensivo como crítico da realidade social (MINAYO, 2007).

Portanto, o cotidiano revela uma realidade contraditória, um dissenso e é afetado pela lógica história. Para tanto, “uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório” (MINAYO, 2007, p. 347).

A partir disso, a abordagem hermenêutica-dialética busca identificar o que é semelhante entre os participantes, mas também o que os difere e suas contradições. Ao entendermos que os indivíduos vivem em determinada realidade e estes fazem parte de determinados grupos, classes e segmentos diferentes e são tomados pelo momento histórico distinto, podem ter ao mesmo tempo interesses que os unem, que os diferem e que também os contrapõem (MINAYO, 2007). Deste modo, entendemos a dialética como o desenvolvimento da realidade imediata, passível de transformação e composto por identificações e contrapontos.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram divididos em três partes. Os dados apresentados a seguir são resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os adolescentes, participantes da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e avaliadas de acordo com a hermenêutica-dialética. Na primeira parte, serão apresentados os perfis dos adolescentes, seus contatos com os serviços de saúde, sua relação com a automutilação no momento da entrevista e a manifestação de projeto existencial. Na segunda parte, serão apresentados os núcleos de sentido e categorias de análise. E na terceira parte será apresentada uma síntese de suas histórias. Essas informações servirão para a construção dos núcleos de sentido e categorias de análise; e como suporte para a discussão no capítulo seguinte.

5.1 HISTÓRIAS

A seguir, será apresentado uma síntese sobre as histórias de vida das adolescentes, a partir da entrevista realizada. A fim de cumprir os quesitos da Resolução CNS 466/12 e prestar sigilo a identidade das adolescentes, foram escolhidos nomes fictícios. Escolhemos, a partir das músicas do compositor Chico Buarque, nomes associados pela pesquisadora às adolescentes. As falas das adolescentes serão destacadas no texto.

5.1.1 Maria

A entrevista em questão foi realizada no mês de julho de 2014. Maria tinha então 13 anos e estudava no ensino regular. Residia com a irmã e os pais adotivos. Seu processo de adoção, vale ressaltar, foi oficializado aos 6 anos de idade; no entanto, destaca que já tinha convívio com a família adotiva anteriormente. Esta, por sua vez, era vizinha da sua família e, segundo a própria adolescente, foi adotada por sofrer negligência da sua família de origem, “a minha mãe não cuidava direito de mim”². Enquanto contava sua história de vida, alertou a pesquisadora com o seguinte argumento: “não é muito boa assim a

² Os trechos da entrevista transcrita serão destacados no texto. Entrevista realizada em 29 de julho de 2014.

história”, referindo-se à sua infância como um todo, destacando seus afetos e compreensões.

Quando criança, tivera uma amiga na rua em que morava; porém sua mãe adotiva dizia que esta não era boa companhia a sua filha: “daí fui me acostumando a ficar sozinha, pra mim agora é normal”. Dividia, então, seus dias com uma amiga invisível: “Eu comecei a falar sozinha, depois eu fui criando alguém, ela era o oposto de mim. Ela era da minha idade, ela era bem feliz, ela tinha amigos”.

A adolescente mantinha contato com um irmão “legítimo” – segundo suas próprias palavras. De acordo com a adolescente, um irmão biológico estava preso por ser cúmplice de um assalto, e outro dos irmãos biológicos morou num abrigo e foi atendido no CAPS Infantil, por fazer uso de substâncias psicoativas.

Maria tinha o hábito de escrever diários. Em um deles registrara “coisas ruins” e, no outro, não havia tanta coisa ruim assim, escrevia coisas de seu cotidiano; “eu me sinto melhor depois que eu escrevo, é como falar sem ninguém ouvir”. Sentia-se diferente ao falar sobre si, pois nunca havia contado para ninguém.

Dizia não ter amigos, pois tinha medo de se aproximar e, assim, ser rejeitada. Retorna ao que dissera corrigindo que tinha duas amigas, mas estas nem sempre estavam com ela. Na escola, ainda, sentia-se excluída pelos colegas que zombavam e atiravam-lhe coisas, objetos. Relatara ser incapaz de chegar até as pessoas e conviver com elas. Sentia dificuldade para falar sobre o que acontecia consigo e sobre os seus sentimentos. Avisara a diretora da escola sobre o ocorrido, mas não adiantara, segundo conta.

A pessoa mais próxima da adolescente era sua mãe. Relata que sentia como se a tristeza já estivesse nela. “Eu tava triste porque eu tava cansada de tentar fazer as coisas melhores e todo mundo ficar falando que tava errado”. As tentativas de Maria em acertar não estavam funcionando. As brigas dos pais eram frequentes e, com isso, permanecia muito tempo em seu quarto.

A adolescente relatou sentimento de vazio e angústia e, contou ainda, que provocara vômitos após comer: “as pessoas dizem que sou gordinha”. Para Maria, nada fazia sentido e não sentia vontade de fazer nada, só ficar parada. Apresentara ideias relacionadas ao suicídio e até tentou, destacando que inclusive escreveu uma carta³ de despedida.

³ Será apresentado trecho da carta de Maria na Discussão dos Resultados

Há aproximadamente um ano antes da data da entrevista, foi levada ao hospital pela mãe adotiva devido a um desmaio. Foi quando a equipe do próprio hospital percebeu que Maria praticava o comportamento de automutilação. Passou uma noite em observação na instituição pois estava “muito fraca”, sendo encaminhada, após a sua alta, para o CAPS Infantil.

Desde então, passou a participar dos grupos, recebendo, assim, atendimentos mensais com a psiquiatra do CAPS Infantil, fazendo atualmente uso de medicação.

Relatou que após o início do tratamento no CAPS Infantil sentia-se melhor; a medicação a ajudava e passou a ter amigos lá, sentindo-se aceita pelo grupo. Em relação aos seus planos, contara em tom de segredo: “meu sonho desde pequeninha é poder casar, mas ninguém sabe disso. [...] É poder ter um amor especial”.

Maria acreditava que há pessoas que nascem para serem felizes e outras não. “Eu acho que não nasci para ser *muito* feliz”.

5.1.2 Carolina

Carolina é uma adolescente de 17 anos e, segundo seu relato, após conflitos com a mãe, foi morar com sua irmã, cunhado e sobrinhas. Contou que sempre foi “revoltada e rebelde”, vindo inclusive a sofrer acidente de bicicleta com o primo, em que quebrara a clavícula. Este foi, segundo conta, o motivo por ter tirado zero na prova e decidido, então, interromper os estudos. De acordo com Carolina, “eles não foram atrás... minha mãe trabalhava muito”⁴, atribuindo-lhes toda a responsabilidade. Após cessar os estudos por inúmeras vezes, decidiu fazer EJA (Educação para Jovens e Adultos). A adolescente ainda conta que se mudara com a irmã algumas vezes, fato este também que contribuiu para ter parado de estudar. Relatou que a motivação para o retorno à escola foi seu projeto para ter um emprego melhor.

A adolescente, quando tinha 12 anos, se envolveu com um homem 13 anos mais velho, o que acabou por gerar vários conflitos para si e sua família.

Perdeu seu pai quando tinha 14 anos. De acordo com ela, nesse período seus pais já estavam separados. Conta que seu pai a mimava, era seu amigo, companheiro e inclusive aprendeu a tocar violão a pedido dele. Após a morte dele, ela se dá conta do que vem a ser o sofrimento:

⁴ Entrevista transcrita realizada no dia 5 de agosto de 2014.

“eu não sabia mais o que fazer [...] eu não sabia quem eu era, no sentido de não saber o que fazer, para onde eu ia? O que eu ia fazer agora? Meu pai tinha morrido, eu não morava com minha mãe, pra mim eu tinha perdido tudo, sabe...”.

Logo após esse período se deu início o comportamento de automutilação. Segundo Carolina, os cortes iniciaram pois a jovem sentia que precisava de alívio, “era muita informação ao mesmo tempo”. Pesquisou sobre depressão na *Internet* e leu sobre automutilação e ficou com vontade de fazer para ver como era: “eu gostei, aí ferrou!”.

A automutilação tornara-se um recurso para quando não sabia lidar com uma situação, principalmente quando não conseguia manter o controle. Sentia que a automutilação era incontrolável, pedia por mais: “é viciante”.

Após um conflito com sua mãe, foi morar com a irmã em outra cidade. Como esta, por sua vez, era pastora de uma igreja, começou a frequentar também o ambiente, sentindo que lá tinha feito uma família, “encontro amigos, busco ajuda assim, conforto. Quando eu comecei a ir eu ainda me cortava e quando eu falei para as pessoas, elas começaram a me ajudar, daí eu tinha recaídas, mas não era diariamente”. Com os cortes, sentia um prazer momentâneo. “Comparado com uma pessoa que gosta de... de sei lá beber, sei lá quando tu tá comendo chocolate, você sente prazer na hora, mas depois acaba o prazer”.

Há poucos meses, sua mãe e sua irmã haviam tido uma discussão, Carolina não conseguia lembrar o motivo, ingeriu comprimidos do seu padrasto e foi correr; a adolescente tinha costume de se exercitar com corrida, diz não saber o que fazer quando há discussão e queria fugir e fingir que a discussão não estava acontecendo. “Aí eu fiquei desesperada, não sabia o que fazer e me entupi de comprimidos”.

Relata que desmaiou e sua família a levou para o hospital. Passou por lavagem gástrica e foi encaminhada ao CAPS Infantil da cidade.

A jovem já foi atendida duas vezes pelo Conselho Tutelar, uma por denúncia dos vizinhos por conflitos em casa, e outra por tentativa de suicídio – na cidade em que morava com a irmã.

Hoje participa de um grupo e faz acompanhamento com psiquiatra. Faz uso de medicação. Relata sentir-se melhor após o acompanhamento na Rede, mas ressalta: “eu sou ainda muito triste, eu fico triste por nada”. Diz: “eu não quero morrer, passa na cabeça mas acho que não teria coragem”. Conta que se não tivesse passado por tudo

isso não teria ido morar com a irmã e não teria melhorado, “provavelmente teria piorado”.

Quando foi feita a entrevista, Carolina fazia parte do Projeto Borboleta. Esse projeto era administrado por jovens nas redes sociais e teria como objetivo incentivar os jovens a ter autocontrole e controlar o comportamento de automutilação. O projeto tem regras: quando o adolescente sentia vontade de se cortar, desenharia uma borboleta em alguma parte do corpo onde quer infligir dor. Em seguida, nomeia-se a borboleta com o nome de um ente querido. O jovem deve deixar a borboleta se apagar sozinha; se se cortar no local da borboleta ele é aconselhado a meditar sobre por que matou a borboleta. Carolina diz que o projeto tem lhe ajudado, sendo possível ainda conversar com outros integrantes do grupo.

Como consequência, abriu espaço para a afetividade, vindo inclusive a ter planos em namorar um garoto da igreja, porém, segundo conta, só aos 18 anos, pois acreditava que ainda não tinha maturidade suficiente.

5.1.3 Iracema

Iracema tinha 16 anos quando participou da entrevista, começara a trabalhar fazia poucos meses e logo se afastara do trabalho por ter fraturado o dedo. Morava com os pais, irmãs, cunhado e sobrinhos. Sobre o trabalho, acreditava que ele poderia ajudá-la a se “enturmar”⁵ e ser independente, pois sempre fora “quietinha”.

Iracema dissera que seu pai é muito rigoroso quanto as suas vestimentas e quanto a sair de casa. Contara que na Igreja que a família frequenta tem-se o costume de casar virgem e este é o sonho do seu pai; no entanto, Iracema não dá tanta importância a isso.

Na percepção da adolescente, sua mãe nunca estava em casa, estava sempre cansada e os pais não conversavam com ela. Queixava-se de que quando sua mãe chegava do serviço e poderia dar atenção aos filhos, dispndia atenção aos netos, que moravam com a família. “Daí, ela sempre fala que está cansada... a gente vive brigando. Daí, a mãe fala que é melhor trabalhar do que ficar em casa, para ver isso! Daí, ela sai para trabalhar [...] parece que agora que meus sobrinhos nasceram, parece que a atenção é só para eles assim [...]”.

⁵ Entrevista transcrita realizada dia 30 de setembro de 2014.

Segundo a adolescente, ela sempre buscara a atenção dos pais, mas não recebia o que queria, não da forma como queria, “eu na verdade, assim, eu sempre quis atenção dos meus dois pais, mas eles nunca... eles davam atenção, mas não a atenção que eu queria”. Salienta que precisava de “atenção física”. Relata que foi nesse momento da vida que iniciou com o comportamento de automutilação.

A automutilação funcionava como um alívio, “[...] aquilo me aliviava, parecia que passava” e sempre que ficava chateada ela se cortava. Sentia-se triste por ter se cortado, mas sentia-se ainda mais triste pelo motivo dos cortes. “Teve uma vez que eu fiquei muito braba, com minha mãe e com meu pai, fui no banheiro e cortei o meu braço inteiro [...] e eu continuava me cortando e eles mandavam eu parar, mas eles nunca sentaram comigo e conversaram bem, explicando, nunca fizeram isso e eu continuava me cortando”.

O sentimento de rejeição ultrapassara as paredes de sua casa para acompanhá-la na escola: sentia-se rejeitada e sofria *bullying*. Refere que sempre foi gordinha e na escola a denegriam por esse motivo. Relata que avisou a diretora sobre o ocorrido, mas nunca faziam nada.

Suas vivências levaram-na a crer que ninguém gostava dela, questionava-se o motivo do seu nascimento e da sua existência.

Foi encaminhada pela escola para atendimento psicológico no Ambulatório Geral, após a professora identificar o comportamento de automutilação na adolescente.

Compareceu ao atendimento psicológico apenas 3 vezes, logo depois parou com os cortes, “era uma pessoa assim que podia me escutar sem me julgar”. Entende hoje que “não adianta se cortar, porque vai acontecer de novo”, referindo-se aos momentos de angústia que ocasionavam o comportamento de automutilação.

Com o início da sua vida laboral, diz entender o motivo pelo qual os pais não davam muita atenção a ela: “não é todo o tempo que eles precisam tá com a gente pra mostrar que eles amam nós, assim. Aí agora eu tô trabalhando, eu entendo”. E continua, como se estivesse buscando ultrapassar os seus conflitos: “me sinto mais confiante lá dentro, parece que eu ganho atenção dos meus colegas lá dentro”. Iracema tem planos de construir uma família e ser “a mãe que não teve”, mas antes precisa “ser” alguma coisa na vida.

5.1.4 Ana

Ana tinha 14 anos quando participou da entrevista. No momento da entrevista, morava com os pais, irmã e sobrinho. A adolescente conta que constrói teorias e acredita que seu nome e idade não a definem. Conta que não faz nada, apenas gasta oxigênio, tira notas boas na escola, mas que isso não é o bastante para ela.

Na sua teoria, algumas pessoas não estão vivendo de verdade, estão no automático, vegetando. Devido às brigas em casa, “por motivo nenhum basicamente”⁶, passa a maior parte do tempo trancada em seu quarto. Apesar de as pessoas dizerem que a Ana tem tudo, como uma casa legal, a adolescente não acha que seja este um ambiente legal para viver.

Sentia-se tendo que arcar com os erros dos outros, sendo que as brigas e os conflitos familiares acabavam “respingando”. O sentimento de rejeição acompanha Ana durante toda a entrevista: “Acho que ninguém se importa [...] Com nada, nem comigo, nem com nada, nem com porcaria nenhuma”.

Seus pais acreditam que o que Ana está passando é próprio da idade e, na visão da adolescente, “dizem que é coisa da adolescência, mas vejo os adolescentes e eles não estão assim”.

Conta que no início da adolescência começou a se cortar, sentia-se mal e não sabia o motivo: “[...] eu sabia que eu me sentia mal e eu não sabia por que eu tava me sentindo mal. Eu só me sentia idiota, porque eu tava me sentindo muito mal. Eu aparentemente não tenho motivo, eu acho”.

Vários sentimentos invadem a adolescente, como sensação de vazio, “tem alguma coisa vazia em mim e eu não sei o que é”. Acredita que tem um defeito, mas não sabe qual é, sente-se doente, achando melhor ser apática do que ser suicida, e continua a se questionar: “eu não sei o que é pior, tipo não sentir nada ou sentir demais. Não sei o que é pior!”.

Para ela, ser apática é não sentir nada e ser suicida é sentir demais. Sente-se fraca, frágil, “qualquer coisa pode me abalar e eu não posso abalar nada”.

Sente a cabeça agitada e por vezes fica eufórica, tem a sensação de estar bêbada, mas não está, sentindo-se cansada e triste. Acredita que a única forma de conseguir afeto é manipulando e mentindo. Relata que

⁶ Entrevista transcrita realizada dia 2 de outubro de 2014.

as pessoas que se aproximam ficam por perto por uma semana, depois a abandonam. Sente-se desmoronando e tem medo de ser rejeitada.

Ana revelou que tentou se matar e ninguém da sua família percebeu, não entende como não conseguem ver. Ana lê sobre o que sente, às vezes acredita “ter *boderline*”.

Foi encaminhada para atendimento psicológico no Ambulatório Geral pelo médico do PSF. Segundo a adolescente, sua mãe acredita que colocá-la na sala com uma estranha (estagiária de psicologia) resolverá o problema e diminuirá sua culpa.

Ana fazia aula de teatro e escolheu o papel da menina invisível.

5.1.5 Beatriz

Beatriz, 12 anos, morava com a mãe, o padrasto e irmão. Fora ao psicólogo pela terceira vez, em momentos diferentes da sua vida. Não se lembrava das duas primeiras vezes, pois era muito pequena.

Para a adolescente, as brigas em sua casa aconteciam quando tinha que arrumar o quarto do irmão de 6 anos. Não compreendia o motivo de o menino não ser responsável pela sua bagunça, pois com a mesma idade a menina já fazia essas atividades.

Segundo Beatriz, os acordos não eram cumpridos em sua casa, sua mãe dizia que quando os irmãos tivessem quartos separados, cada um cuidaria do seu quarto.

Ganhava um “troco”⁷ para ajudar nas tarefas domésticas e tinha um trabalho informal com a mãe, estampando blusas em casa, mas o dinheiro acabava sendo usado para outros fins, que não o destinado pela adolescente.

O comportamento de automutilação ocorreu após a prima se cortar e mandar várias fotos para a Beatriz do seu braço. Procurou na *internet* sobre o assunto e, a partir daí, as imagens não saíram de sua cabeça. O comportamento aconteceu após discussão com a prima e quando soube de um “segredo” do padrasto, que não contou para ninguém. “Mas ela mandou mensagem pra mim dizendo que ia cortar o punho, daí eu falei pra ela não fazer, que é porque ela não sabia que se cortasse o punho morria, porque tem uma veia do coração né?”, referindo-se à prima. Conta que as fotos enviadas pela prima dos cortes que havia feito não saíram da sua cabeça.

⁷Entrevista transcrita realizada dia 3 de outubro de 2014.

Beatriz diz que com tudo que é importante, ela sonha. Ela sonhou que estava se cortando com a prima, a prima a incentivou dizendo que deveria se cortar. “Que nem, tudo o que eu vejo, que eu preciso lembrar, eu sonho, que nem um dia de prova, um dia antes eu sempre sonho com a prova. Tudo que é importante pra mim, que eu tenho que lembrar, eu sonho [...]. Daí eu lembrei e sonhei que eu tava fazendo com ela e foi aonde que eu falei pra ela que eu tava sonhando [...] Daí ela ela falou pra mim que era um sinal e que era pra mim fazer”. Beatriz se cortou uma única vez e diz não ter sentido nada, mas que se arrepende do ato.

Seu pai não é muito presente, está há quase três meses sem vê-la, acredita que é por não poder pagar a pensão. Tem um bom relacionamento com a madrasta e conta que tem duas irmãs por parte de pai. Diz sentir falta das irmãs.

A menina não pensava mais em se cortar. Relata ter medo de andar sozinha: voltar da escola, pegar ônibus; afinal, sua avó sempre a alerta quanto aos perigos da vida. “Porque eu não me sinto bem sozinha. [...] eu fico com medo [...] que nem eu já vi bastante, que tem bastante sequestro [...]”.

Após a descoberta do comportamento de automutilação pela mãe, a adolescente foi atendida no Ambulatório Geral pela mesma psicóloga que a atendeu em diferentes momentos de sua vida.

5.1.6 Angélica

Angélica tinha 15 anos na época, morava com sua mãe. Seu pai faleceu quando ela tinha 3 anos. Sua irmã mais velha é casada e não tem muito contato com ela. Estudara no ensino regular e também fizera curso técnico em informática, conclui que ao fazer o curso técnico, isso dá maior notoriedade ao seu currículo.

Aos 12, 13 anos contara que foi diagnosticada com esquizofrenia. Após um “trauma emocional”⁸ apresentara sintomas como depressão, ansiedade, alucinações visuais e auditivas e insônia.

A adolescente contara que tinha um amigo, mais velho e muito próximo, que morreu de acidente de avião. O médico anunciou que foi aí que desencadeou a doença da Angélica. O amigo apareceu quando a adolescente estava sofrendo *bullying* na escola e se sentia muito sozinha: “ele era simpático e gentil” e ele quis ser amigo dela, a partir daí sentiu-

⁸ Entrevista transcrita realizada dia 11 de novembro de 2014.

se amada e cuidada. Em contraponto, na escola, como Angélica era gordinha, os colegas caçoavam e faziam piada dela, jogavam objetos como borracha e galhos.

Após a morte do amigo, Angélica se esqueceu da sua existência, conta que sua mente começou a criar fantasias e um mundo próprio, onde ele era como um anjo que viria salvá-la do *mundo ruim*. Sonhava todos os dias com ele. Contara que na época era meio “pirada” e acreditara que ele viria buscá-la e a ensinaria a ser um anjo também.

Um dia foi procurar pelo nome dele na *internet* e encontrou que ele havia morrido, começou a “ligar os pontos” e depois de muito tempo de negação acreditou que ele havia morrido; diz que esse momento foi muito difícil, pois tudo aquilo que acreditara até então não era real.

A mãe de Angélica achava que o que a menina passava era comum, que acontece com todo mundo, “coisa da adolescência”, que iria passar. Mas a adolescente discordava da mãe, não achava que era comum a pessoa sentir-se mal o tempo todo, não dormir, ficar ansiosa, quando seus amigos não tinham preocupações, se divertiam e ficavam felizes.

Após tentativas de tratamento com alguns psiquiatras, a mãe de Angélica, sempre incentivada pela própria adolescente, procurou a Unidade de Saúde perto da sua casa. Ali iniciou tratamento com medicações, que no primeiro momento tiveram efeito adverso desagradável e após nova tentativa a adolescente sentiu-se melhor. No momento estava em acompanhamento com médico e com uma estudante de psicologia na mesma Unidade, o que, segundo a jovem, tem contribuído para sua melhora.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A presente pesquisa, como apresentada de forma simplificada, a seguir, na *Tabela 1*, foi realizada com seis adolescentes, estudantes, atendidos pela Rede de Saúde de Blumenau: Unidades de Saúde, Ambulatórios Gerais e pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Infantil. Na sua totalidade os participantes eram do sexo feminino e sua idade variou entre 12 e 17 anos. A partir de agora iremos nos referir “às” adolescentes, uma vez que todos os participantes do estudo foram do gênero feminino.

Quanto à modalidade de ensino, cinco adolescentes estudavam em ensino regular e uma adolescente em educação para jovens e adultos

(EJA). Dentre as cinco adolescentes que estudam no ensino regular, uma adolescente estuda e trabalha, e uma frequenta escola técnica.

No que se refere ao Serviço de Saúde utilizado, duas adolescentes estavam em acompanhamento pelo CAPS Infantil, três adolescentes eram acompanhadas pelos Ambulatórios Gerais e uma adolescente pela Unidade de Saúde.

Sobre a situação atual em relação ao Serviço de Saúde, quatro adolescentes continuam o acompanhamento nos Serviços de Saúde e duas adolescentes interromperam o atendimento. Sendo que das quatro adolescentes que estão em atendimento, três ainda apresentavam comportamento de automutilação e uma não; as duas adolescentes que interromperam os atendimentos, por decisão delas próprias, não apresentavam mais o comportamento de automutilação.

Referente a ideação suicida e tentativa de suicídio, três adolescentes apresentam atualmente ideação suicida, duas já apresentaram e uma nunca apresentou tais comportamentos. Em relação à tentativa de suicídio, quatro adolescentes relataram já ter apresentado o comportamento.

Das adolescentes entrevistadas, quatro manifestaram ter um projeto existencial, sendo que duas não falaram sobre o assunto.

Importante ressaltar que todas as adolescentes foram acompanhadas pelas mães até o local da entrevista. As mães assinaram o TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido como responsável legal. No entanto, foi solicitado que não permanecessem durante a entrevista. Após o término da entrevista, as mães de 5 adolescentes procuraram a pesquisadora para falar sobre o comportamento das adolescentes e o padrasto de uma adolescente também conversou com a pesquisadora após o término da entrevista.

Tabela 1 – Apresentação dos participantes

Adolescente	Idade	Atividade	Local de Acompanhamento	Situação atual
Maria	13	Estudante - Ensino Regular	CAPS Infantil	Continua atendimento com comportamento de automutilação
Carolina	17	Estudante - EJA	CAPS Infantil	Continua atendimento com comportamento de automutilação

Iracema	16	Estudante - Ensino Regular e trabalha carteira de trabalho	Ambulatório Geral	Interrompeu o atendimento e não apresenta comportamento de automutilação atualmente
Ana	14	Estudante - Ensino Regular	Ambulatório Geral	Continua atendimento com comportamento de automutilação
Beatriz	12	Estudante - Ensino Regular e trabalho informal	Ambulatório Geral	Interrompeu o atendimento e não apresenta comportamento de automutilação atualmente
Angélica	15	Estudante - Ensino Regular e curso técnico	ESF - Unidade de Saúde	Continua atendimento e não apresenta comportamento de automutilação atualmente
Adolescente	Idade	Ideação Suicida	Tentativa de Suicídio	Manifesta Projeto Existencial*
Maria	13	Apresenta atualmente	sim	sim
Carolina	17	Apresenta atualmente	sim	sim
Iracema	16	Já apresentou	não	sim
Ana	14	Apresenta atualmente	sim	não
Beatriz	12	Nunca apresentou	não	não
Angélica	15	Já apresentou	sim	sim

Fonte: o autor.

* Ao nos referirmos a manifestação do projeto existencial estamos identificando a expressão da adolescente de projeto de futuro. Não queremos ser reducionistas em dizer que a adolescente tem ou não tem um projeto, mas sim se ela manifesta ou não seu projeto existencial durante a entrevista.

5.3 NÚCLEOS DE SENTIDO E CATEGORIAS DE ANÁLISE

Com base na abordagem compreensiva e crítica, a hermenêutica-dialética, buscamos apresentar os núcleos de sentido após a leitura flutuante e amiúde das entrevistas transcritas. A partir das entrevistas surgiram núcleos de sentido e categorias de análise, conforme a *Tabela 2*.

Tabela 2 – Núcleos de sentido

NÚCLEOS DE SENTIDO	
Eventos Estressores	<i>Bullying</i>
	Perdas
Mediadores Sociais	Configuração familiar
	Amigos
	<i>Invisibilidade social</i>
Projeto e Angústia Existencial	<i>Internet</i>
	Futuro
	Sentimento de vazio
	Sentimento de angústia
	Abandono, rejeição
Sentido da automutilação	Naturalização do sofrimento
	Alívio
	Vício

Rede de Atenção Psicossocial	Relação com a rede
------------------------------	--------------------

Fonte: o autor

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Eu me identifiquei com a guria que era invisível, óbvio.
(Ana, 14 anos)

Para cada categoria do núcleo de sentido serão citadas falas das adolescentes, sendo que este número não representa a totalidade de ocorrências constatadas nos discursos das participantes da pesquisa. Com isso, os discursos das adolescentes servirão como base para responder o objetivo da pesquisa: *Quais os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam?*

6.1 APRESENTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SENTIDO

Os núcleos de sentido foram discriminados a partir das entrevistas e histórias de vida das adolescentes, conforme apresentado na *Tabela 2*, no capítulo anterior. A partir dos núcleos de sentido foi possível elencar categorias de análise do discurso das adolescentes, como segue.

6.1.1 Eventos Estressores

No núcleo de sentido eventos estressores, foi possível verificar vivências das adolescentes relacionadas ao *bullying* e perdas. As categorias de análise serão discutidas a seguir.

a) *Bullying*

Quando era mais nova, eu tinha amigo. Quando eu era menor, todo mundo não tinha preconceito, essas coisas. Daí eu fui crescendo e entrei no colégio e daí eles ficavam brincando com a minha cara, sei lá, ficavam me zoando. Ficavam tirando que usava óculos, que eu sou gordinha, daí ficavam brincando comigo. Até esses dias eu tava sentada na aula de matemática, daí tem um menino, tem dois meninos, um que senta atrás e um que senta na frente, daí eles pegaram o meu caderno e daí escreveram que eu sou problemática. (...) Porque minha mãe foi lá falar com a diretora que eu tinha esse problema daí eles ouviram, eu acho, daí eles ficam me tirando. Esses dias eu tava sentada no refeitório sozinha e eles ficaram atacando coisas em mim (Maria, 13 anos).

Eu me sentia muito rejeitada, por causa que eu sofria bullying na escola. Daí eu pensava que ninguém gostava de mim e que (...), eu pensava porque assim (...), por que que eu nasci? se for pra ser assim, porque eu vivo, eu tô aqui? Se for pra ser assim (...), e quando eu me cortava parecia que tudo passava (Iracema, 16 anos).

Era bem ruim por causa que eu era gordinha, por assim dizer, e um monte de gente da sala ficava caçoando de mim, ficava fazendo piada e me chamando de umas coisas bem ruim, às vezes até me perseguiram depois da escola e ficavam jogando borracha ou galho, essas coisas em mim, esse tipo de coisas (Angélica, 15 anos).

No discurso das adolescentes entrevistadas, questões relacionadas ao *bullying* aparecem como agressão sofrida pelas adolescentes, principalmente na escola.

Antunes e Zuin (2008) se referem ao *bullying* como uma forma de violência na escola, um comportamento que denuncia a sociedade vigente. Os autores não restringem tal comportamento a um evento isolado, afirmam que a escola enfrenta tal comportamento com repressão ou adaptação da situação. No entanto, os autores acima citados sugerem que para ultrapassar o reducionismo é necessário abordar os tensionamentos ideológicos, sociais, políticos e econômicos.

O conceito *bullying* surge na década de 1970, na Noruega, atualmente utilizado por diversos países, como o Brasil. Importante ressaltar que este conceito se refere a um conjunto de comportamentos agressivos, físicos e psicológicos, como apelidar, discriminar e excluir, jogar objetos e ocorrem entre colegas sem motivação evidente, por repetidas vezes (ANTUNES; ZUIN, 2008).

o bullying se refere a posturas violentas, físicas ou verbais, entre os estudantes, sem que exista uma motivação aparente. A Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia) propõe que o termo bullying seja compreendido como ações agressivas, físicas ou verbais, intencionais e repetidas, que ocorrem entre os estudantes sem um motivo específico, em que um indivíduo ou mais causam angústia e dor ao outro, estabelecendo assim uma relação desequilibrada de poder (TORO; NEVES; REZENDE, 2010, p. 125).

Toro, Neves e Rezende (2010) compreendem o *bullying* como uma violência perpetuada nos vínculos estabelecidos na escola, principalmente na relação aluno-professor, devido à relação de

autoritarismo. A violência tem espaço significativo na sociedade atual e passa, também, as relações escolares.

Para Luukkonen et al. (2009), são fatores de risco para tentativa de suicídio e automutilação, meninas que sofreram *bullying* ou são agressoras.

No discurso das adolescentes entrevistadas foi possível identificar o não posicionamento da escola frente a uma situação de violência. Três adolescentes viveram situação de violência na escola.

Maria, Iracema e Angélica contam sobre o sofrimento de serem rejeitadas e sofrerem humilhação pelos colegas, como serem alvo de objetos e ofensas. As adolescentes denunciam uma sociedade de violência e intolerância com o diferente e fora do “padrão” estabelecido socialmente. Nesse contexto, a ampliação do olhar para tal fenômeno possibilita enxergar um comportamento que vem se repetindo na vivência dos adolescentes.

Assim, existe um descompasso entre a proposta das políticas de saúde com a realidade escolar. A comunidade escolar não tem como objetivo a identificação e o diagnóstico de transtornos mentais, mas está ao seu alcance propiciar ambientes de acolhida e aceitação e ações e situações que busquem o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, assim como espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados (BRASIL, 2014a).

b) Perdas

Eu, eu ...na verdade, eu não sabia quem eu era, no sentido de não saber o que fazer, pra onde eu ia, o que ia fazer agora, meu pai tinha morrido, eu não morava com minha mãe, pra mim eu tinha perdido tudo sabe, o meu pai era... (Carolina, 17 anos).

É que tinha um amigo, um amigo muito próximo meu quando era mais novinha, e ele sofreu um acidente, ele morreu, ele era tipo um dos poucos amigos que era realmente muito próximo meu, aí ele morreu e de repente “bumm”, assim sabe? Aí, aí o médico disse que isso desencadeou a minha doença (Angélica, 15 anos).

Duas adolescentes falaram de perdas significativas em sua vida. Carolina perdeu o pai, que, conforme seu relato, era a pessoa mais próxima dela; e saiu da casa da sua mãe. Com a morte do pai e o distanciamento da mãe, a adolescente vive uma paralisação entre o passado e o futuro quando diz não saber mais quem era e não saber mais o que fazer. Com isso, sofre uma estagnação do presente.

Angélica, que também perdeu o pai aos 3 anos de idade, fala da perda, não do pai, mas de um amigo que conheceu no parque. Segundo a adolescente, devido à negação da morte do amigo, iniciou uma vivência num mundo de fantasias, incluindo, alucinações auditivas e visuais, o que rendeu um diagnóstico de esquizofrenia aos 12-13 anos.

A perda é uma constante na nossa vida, diariamente temos pequenas perdas: a perda de um relacionamento, a perda de um emprego, de um sonho, de um ônibus. Perdemos desde que nascemos, ao perdemos o aconchego do ventre materno.

Na visão sartreana, esta antecedência só tem sentido para o homem e não para as coisas, porque a essência do homem, ou seja, aquilo que o definirá e caracterizará como homem é algo que ele conquista, rejeita, incorpora, dia a dia. Ele é um ser permanentemente a caminho, diferentemente da pedra que é um ser estático. Neste sentido, poderemos dizer que o homem é um ser existindo permanentemente à procura da sua essência, do seu completar-se, que só se realiza na morte (RIBEIRO, 1985, p. 37).

A morte não é apenas a perda de um ente querido, mas é a perda de formas de ser-no-mundo. A forma como a pessoa enfrentará a morte de alguém dependerá de diversos fatores como: a relação que tinha com a pessoa que morreu, a forma da morte, o suporte social, entre outros. “A morte, como as diferentes perdas, geram liberação de energia sem direção nem forma, intensificam a impotência e o desamparo” (JULIANO, 1999, p. 140).

No entanto, essas perdas cotidianas nos possibilitam um crescimento. O processo de “crescimento, mudança e maturação ocorrem pela de-formação do antigo e pela formação do novo” (JULIANO, 1999, p. 139). Viver é um constante processo de vida e morte, ao fazermos escolhas e renunciar, perdemos algo.

6.1.2 Mediadores sociais

No núcleo de sentido mediadores sociais, identificamos no discurso dos adolescentes as seguintes categorias de análise: configuração familiar, amigos, invisibilidade social e *internet*.

a) Configuração familiar

Lá em casa, tipo, a minha mãe e meu pai depois de um tempo começaram a brigar muito, entendeu? Daí a minha mãe fica chateada com as coisas e briga com a gente (...) por qualquer coisinha besta, parece duas crianças. Daí ela fica estressando a gente. Daí acaba atingindo a gente, a gente tenta conversar com ela, daí ela está estressada e já vem com quatro pedras na mão pra tacar na gente (Maria, 13 anos).

Sobre tipo, nada. Tipo, nossa que bosta, que droga, que inferno, que horrível, aí a gente briga. Tipo, discute, fica gritando e, o Antônio⁹ (sobrinho) pra um lado, minha irmã dormindo, fazendo nada, tipo vegetando (Ana, 14 anos).

É e acho que ninguém se importa (...) Com nada, nem comigo, nem com nada, nem com porcaria nenhuma (Ana, 14 anos).

(...) a gente vive brigando. Daí a mãe fala que é melhor ela trabalhar, do que fica em casa, pra ver isso. Daí ela sai pra trabalhar (Iracema, 16 anos).

Eu, na verdade assim, eu sempre quis atenção dos meus dois pais, mas eles nunca (...), eles me davam atenção, mas não a atenção que eu queria. Eles pensavam que eu queria o dinheiro deles. E na verdade eu queria a atenção física. Daí como eu não ganhava o que eu queria, eu me sentia melhor me cortando. Daí eu ia lá pra casa e ficava me cortando, mas depois que eu comecei a vir pra psicóloga, me cortei acho que umas três vezes, depois eu parei (Iracema, 16 anos).

Em todas as entrevistas com as adolescentes emergiram conflitos relacionados à família. Em algumas situações as adolescentes não conseguem perceber o motivo das discussões entre a família e, em outras situações, as adolescentes vão construindo sentido para o conflito.

Como apresentado anteriormente, no capítulo 3, compreendemos os modos de subjetivação a partir da relação organismo/meio, ou seja, a partir da relação homem e sociedade, adolescente e família, sendo esta uma relação indissociável. Compreendemos o adolescente como um organismo que faz parte do meio, ou seja da família.

Zinker (2001) aponta que para percebermos sentidos nas relações temos que traçar um contorno. É necessário atribuir-lhe um limite para que assim possamos distinguir de outros fenômenos. O limite identifica um sistema, juntamente com seu conteúdo interior, e revela seu contato com o que o rodeia. O limite contrapõe e diferencia de

⁹ Nome fictício.

outros fenômenos e assim é possível dar significado a determinado fenômeno. Em Gestalt Terapia denominamos limite a fronteira entre *eu* e o *mundo*.

Os modos de subjetivação se constituem nessa fronteira, que chamamos de fronteira do “eu”. Na fronteira do “eu” o homem se diferencia do mundo, mas também se conecta com ele.

Quando as adolescentes se diferenciam e divergem das suas famílias estabelecem a constituição da sua subjetivação. Tanto a percepção de Heller (1992, 1994), na relação sujeito particular e universal, quanto a visão de Perls et. al (1997), com a alienação e a identificação, entendem a subjetivação do sujeito na diferenciação entre *eu* e o *mundo*.

A relação familiar, também, torna-se espaço para identificação e diferenciação do *eu* e, por conseguinte, local de constituição da subjetivação.

Para Zinker (2001) as famílias funcionais são caracterizadas por fronteiras flexíveis e fluidas. Há um ritmo entre união, intimidade e autonomia individual. Esse fluxo permite realizar tarefas juntos, possibilitando apoio, quando existe essa necessidade, como também respeita a singularidade de cada membro, permitindo a autonomia.

Nas relações familiares das adolescentes Maria, Ana e Iracema existe uma disfunção no fluxo e no ritmo. As adolescentes apontam conflitos familiares que se misturam: não há fluidez entre apoio mútuo e autonomia. O subsistema família está isolado do contato com o ambiente, da relação com vizinhos e comunidade (ZINKER, 2001).

As famílias que possuem as fronteiras externas frouxas demais são famílias que estão desorganizadas (ZINKER, 2001). As adolescentes citadas acima apontam que experienciam a sensação de falta de união e intimidade entre a família, uma busca por atenção e pelo olhar da família. Iracema fala da busca pela “atenção física” dos pais e Ana denuncia, na sua percepção, a falta de interesse da família por ela.

Já a família da Maria apresenta, como nomina Zinker (2001), um funcionamento retrofletido. “[...] A retroflexão é uma resistência que retém energia e impede sua expressão” (ZINKER, 2001, p. 78). Esse subsistema tem fronteiras rígidas e impermeáveis. Maria conta que aprendeu a ser sozinha, na sua infância era proibida pela mãe a brincar com uma amiga da sua rua, pois a menina não era boa companhia. Assim, a adolescente criou uma amiga invisível, como exposto no capítulo anterior, em histórias de vida.

A partir das fronteiras expostas, podemos compreender que todo o sistema (família) possui fronteiras e uma totalidade (ZINKER, 2001). “Seus processos incluem troca de informação e mudança” (ZINKER, 2001, p. 80). As famílias buscam pela estabilidade e pela homeostase, num constante equilíbrio e desequilíbrio. Os acontecimentos numa família são multideterminados, nenhum indivíduo é responsável único por uma situação, “todos os membros agem conjuntamente para organizar ou desorganizar suas vidas de modo que contribua para a sua felicidade e seu bem-estar ou para a sua insatisfação e seu sofrimento” (ZINKER, 2001, p. 81).

b) Amigos

Eu tenho duas amigas, mas elas nem sempre estão comigo (Maria, 13 anos).

Eu contei pra minha amiga, ela ficou desesperada tentando me ajudar e ela achou um projeto que se chama Projeto Borboleta. É muito legal, dá uma pesquisada. [...] Tu desenha, tipo, você tá com muita vontade de se cortar, de se machucar, de fazer qualquer coisa que vai te prejudicar, tu desenha uma borboleta e dá um nome de uma pessoa que tu nunca machucaria na vida, teu melhor amigo, tua mãe, sei lá, e aí se tu cortar aquela borboleta tu matou a pessoa. É um incentivo assim pra tu não... Nossa, não vou fazer isso, não vou matar a pessoa que amo (Carolina, 17 anos).

Eu acho que eu comecei a ficar mais determinada e eu consegui manter minha determinação em não fazer isso, em não surtar. Toda vez que eu surtava eu ia logo direto e pensava fazer isso, com o passar do tempo eu consegui ter mais força comigo mesma pra não fazer esse tipo de coisa, eu pensava: Meu, os meus amigos querem que eu me sinta bem, eu vou me sentir bem por eles, esse tipo de coisa que eu pensava (Angélica, 15 anos).

As relações de amizade na vida das adolescentes têm um papel importante na construção da subjetivação. A partir da construção de “laços” afetivos, as adolescentes encontram identificações com grupos e também apoio no campo. Buscamos “laços” de amizade a partir da identificação com pessoas e grupos, com o que é familiar e aceito por nossa fronteira do “eu”.

O discurso das adolescentes confirma a construção da subjetividade em grupo. Mesmo sem perceber, têm identificado a necessidade de pertencer a um grupo e fazer parte de um espaço de troca e apoio mútuo que a amizade permite. Carolina e Iracema falam sobre a

importância dos seus amigos para compartilhar suas angústias e sofrimento. Apontam que a amizade é uma forma de lidar com os conflitos cotidianos e também um fator de proteção no comportamento de automutilação.

A busca das adolescentes por relações de amizade, como visto nos trechos das entrevistas, elucidam uma busca pelo sentimento de pertencimento a um grupo e, logo, à sociedade. Heller (1992, 1994) discorre sobre o homem particular, este é constituído na relação dialética singular/universal. O homem só existe na experiência da vida cotidiana, e é a partir dessa experiência que o homem altera a si e a realidade. Também para a abordagem gestáltica, o organismo só existe no processo indissociável organismo/meio.

Os “amigos” permitem às adolescentes identificarem necessidades individuais e também coletivas, um exercício dialético unidade/separação entre o organismo e seu meio, necessário para a experiência de vida cotidiana (ZURBA, 2003).

Assim, os laços de “amizade” contribuem para a experiência autorreguladora dos impasses da vida cotidiana.

c) Invisibilidade Social

Eu nunca fui de ter amigo. Eu não lembro, porque eu sempre ficava mais na minha, eu tinha medo de chegar perto de alguém ou fazer amizade com alguém. [...] Era um grupinho. E não tinha como me defender, eu era sempre sozinha. Eu tenho duas amigas, mas elas nem sempre estão comigo (Maria, 13 anos).

E na época que eu conheci ele eu tava sofrendo muito bullying na escola e aí eu sentia que não tinha amigo nenhum, que eu era muito sozinha e que ninguém... e eu era tipo uma coisa ruim, e que ninguém ia querer dar atenção para mim e ele falou de repente tipo: “opa, vamos ser amigos?” e daí eu me senti amada. Aí, ele meio que cuidava assim de mim, por assim dizer (Angélica, 15 anos).

O sentimento de não pertencer a um grupo faz com que as adolescentes sintam-se sozinhas. No discurso das adolescentes surgiram falas de querer ser “normal”, logo, uma adolescente “normal” tem amigos, faz parte de grupos, tem a sensação de pertencimento. “Quando não se é visto e se vê, o mundo oferece o horizonte mas furta a presença, aquela presença verdadeira que depende da interação, da troca, do reconhecimento, da relação humana” (ATHAYDE, et al., 2005, p. 167).

Na cultura atual percebemos uma busca pelo individualismo, pelo amor por si mesmo e de intolerância ao sofrimento do outro,

gerando um sentimento de solidão e não pertencimento. Freire (2009) ressalta que a vivência atual leva à psicopatologia e às desigualdades.

O individualismo levará à produção cultural da psicopatologia via problemas de autoestima, de instabilidade em lidar com a intimidade e com o novo, da vivência cotidiana de uma sociedade caracterizada por comportamentos condicionados por uma ideologia que perpetua as desigualdades e a exclusão sociais (FREIRE, 2009 apud MOREIRA, 2009, p. 149)

O autor citado acima nos lembra que o sentimento de solidão e mesmo de não pertencimento é algo construído culturalmente por uma sociedade capitalista, focada muito mais no individualismo do que no senso de comunidade e de partilha.

O discurso das adolescentes desvela um sentimento comum no momento atual. Podemos pensar que a percepção das adolescentes sobre todos ao seu redor denuncia não somente o que acontece a elas, mas o que vem se perpetuando na contemporaneidade, uma cultura que vislumbra metas, promoção pessoal e competição.

Maria e Angélica expressam um não lugar entre os adolescentes da sua idade, uma não aceitação de como eram. Interessante pensar que esse lugar de invisibilidade se repete quando falam da sua relação com a sua família. Maria foi adotada por sofrer negligência da sua família de origem, segundo sua entrevista. Já a mãe de Angélica parece não reconhecer seu sofrimento, naturalizando os sentimentos que a adolescente expressa, como referido pela adolescente na categoria de análise naturalização do sofrimento.

d) Internet

Eu tava na internet pesquisando sobre depressão, só que eu não pesquisei do jeito certo, fui no youtube e aí apareceu a automutilação e aí comecei a entrar nos vídeos e vendo, aí fiquei com vontade de ver como era, como era a sensação e quando eu fiz, eu gostei. Aí, ferrou né (Carolina, 17 anos).

Que nem, quando ela mandou a foto, eu fui na internet pra ver o que que era isso. Que nem ela mostrou a foto, mas eu não tava entendendo que era, essas coisas, daí eu procurei (Beatriz, 12 anos).

Eu procurei um pouco antes, por causa que eu fiquei me perguntando se uma vez só não faria uma coisa horrível assim sabe, e

realmente fez, eu não tive consciência daquilo na hora (Angélica, 15 anos).

No livro *O sofrimento do jovem Werther*, de Goethe (2007) – um marco para o romantismo da época –, após a vivência de um amor malsucedido, o jovem Werther comete suicídio com um tiro. Na Europa, após o lançamento do livro, houve inúmeros suicídios de jovens, que foram encontrados da mesma forma como a cena descrita no livro. Esse fenômeno recebeu o nome de *Efeito Werther*. O comportamentamento imitativo geraria um efeito de modelagem para suicídios subsequentes.

A Organização Mundial de Saúde (2000) publicou o Manual de Prevenção ao Suicídio para os profissionais da mídia. Esse manual faz parte do programa SUPRE (*Suicide Prevention Program*) e é destinado a grupos sociais e profissionais específicos para a prevenção ao suicídio.

Podemos pensar a *internet* pela mesma ótica, comportamentos divulgados de automutilação nas redes sociais têm incitado adolescentes, que apresentam sintomas depressivos prévios, a repetirem o comportamento. As divulgações de fotos e relatos sobre o comportamento de automutilação têm propiciado um espaço de identificação com outros adolescentes que apresentam tal comportamento.

Muitos *blogs* e perfis no *Facebook* são administrados pelos próprios adolescentes que praticam o comportamento de automutilação. O Projeto Borboleta, divulgado através do *Tumblr*, tem como lema: *Como ser forte* e tem como objetivo “ajudar as pessoas que sofrem de depressão, *bullying*, entre outros problemas”. O site expõe fotos da automutilação realizada pelos adolescentes, além de seus relatos.

No *Tumblr* é possível encontrar a história da atriz Demi Lovato, que conta sobre sua infância e sobre o comportamento de automutilação. A atriz publicou um livro, *Demi Lovato: 365 dias do ano* (2013), com sua história.

Carolina conta que, ao pesquisar sobre depressão, encontrou um site que falava sobre o comportamento de automutilação, até então desconhecido para ela, como uma possibilidade de lidar com o sofrimento. A partir deste momento iniciou com a prática. Angélica também pesquisou sobre o tema na *internet*. Já Beatriz recebeu fotos da sua prima, o que a incitou a repetir tal comportamento.

A prática de automutilação por imitação apareceu em três das adolescentes entrevistadas, sugerindo que tal comportamento pode surgir por modelagem, como ocorre no suicídio.

Outra vertente da *internet*, é a busca de reconhecimento. A *internet* possibilita meios de relação, mesmo que seja por meio virtual, as adolescentes encontram nesse espaço uma aceitação e a sensação de pertencer a um grupo, de compartilhar e trocar, o que sugere uma forma de visibilidade.

6.1.3 Projeto e Angústia Existencial

*Todo indivíduo, toda
planta, todo animal tem
apenas um objetivo inato
- realizar-se naquilo que
é.
(PERLS, 1977)*

Referente ao núcleo de sentido projeto e angústia existencial, identificamos as seguintes categorias de análise: futuro, sentimento de vazio, sentimento de angústia, sentimento de abandono/rejeição, naturalização do sofrimento.

a) Futuro

Um dia encontrar alguém assim que me aceite. Meu sonho desde pequeninha: é poder casar. Mas ninguém sabe disso. Eu acho legal de poder morar sozinha, ter uma família. É poder ter um amor especial (Maria, 13 anos).

Eu só tô sendo amiga por enquanto, é por que eu quero esperar até os 18 anos pra namorar. Aí como eu tenho 17, ele vai ter que esperar mais um aninho. Ele falou que vai esperar, então (Carolina, 17 anos).

Meu sonho é construir família assim. E ser pros meus filhos, tudo o que que a mãe não pode ser pra mim assim. Mais presente assim, pra que eu, é o plano que eu tenho, eu quero, primeiro eu quero ser alguma coisa assim na vida, antes de ter uma família (Iracema, 16 anos).

O projeto existencial surge no discurso das adolescentes como uma possibilidade de felicidade, estas contam sobre seus sonhos, alguns secretos, que as mobilizam para se projetarem ao futuro. Para Sartre, o homem, ao escolher e projetar, é pura liberdade. A cada instante, ele faz escolhas e com elas constrói seus próprios valores. O homem é um ser

que está a todo momento diante de escolhas e se ele é livre para escolher, também é responsável por tudo o que faz (RIBEIRO, 1985).

Maria, Carolina e Iracema manifestam seus projetos existenciais com clareza. É possível perceber em suas falas uma escolha por um futuro diferente do momento presente. Tanto Maria quanto Iracema projetam situações contrárias às que estão vivendo. Maria almeja ser aceita por um *amor especial*. E Iracema anseia ser uma mãe diferente da sua, anseia ser *presente* na vida de seus filhos. Carolina tenta afastar por um ano a promessa de um namoro com um rapaz que conheceu na Igreja.

Como afirma Schneider (2006), “A escolha no homem é livre no sentido em que ela transcende a situação dada em direção a um campo de possibilidades de ser, aponta ao sujeito um futuro a realizar. Exatamente esse futuro que se especifica em forma de projeto de ser, concretizando-se no mundo enquanto desejo de ser” (SCHNEIDER, 2006, p. 296).

Assim, as adolescentes escolhem e projetam seus futuros; neste sentido, exercem sua liberdade ao se construir como sujeitos e fazer escolhas. Sartre (1987, p. 6) anuncia que “[...] o homem é, antes de mais nada, aquilo que se projeta no futuro, e que tem consciência de estar se projetando no futuro”.

b) Sentimento de vazio

[...] eu sinto um vazio. É ruim como se nada tivesse sentido assim, sem vontade de fazer as coisas, nada, não dá vontade de fazer nada, só ficar ali parada (Maria, 13 anos).

Pra preencher alguma coisa que tá vazio. Não sei o que que é. Eu acho isso, mas as pessoas tipo, concordam, tipo um senso comum. Tipo, você tem uma... você tem casa, você tem tipo, você tem tudo o que você precisa, porque que você tá reclamando? [...] Tipo, qual é o meu problema? Tem alguma coisa vazia em mim, eu não sei o que que é. [...] Mas tipo, eu me sinto vazia, eu quero preencher isso de alguma forma. E eu tento com bebida, com corte, com remédio, eu tomo muito remédio, muito, muito (Ana, 14 anos).

O sentimento de vazio é um componente comum no discurso das adolescentes. A busca por um sentido, que não é alcançado, é um questionamento recorrente. A abordagem gestáltica compreende esse vazio como um conflito entre o passado e o presente. Para Perls (1977),

[...] é o vazio entre o agora e o depois. Sempre que você abandonar a base segura do agora, e

ficar preocupado com o futuro, você experienciará ansiedade. E se o futuro representa uma atuação, então esta ansiedade nada mais é que um nervosismo frente à audiência (PERLS, 1977, p. 52).

A ansiedade interrompe a autorregulação orgânica, causando uma ruptura do momento presente. Ao nos projetarmos para o futuro, nada poderemos fazer no aqui e agora. Assim, há uma paralisação do sujeito, pois em algum momento tem-se a ilusão de poder controlar a vida.

E nós preenchemos este vazio entre o agora e o depois com seguros, planos, empregos fixos, e assim por diante. Em outras palavras, não estamos querendo ver o vazio produtivo, a possibilidade de futuro – nós não temos futuro a partir do momento em que preenchemos este vazio, temos apenas as mesmas coisas (PERLS, 1977, p. 52).

Ao olharmos para esse vazio que emerge no discurso das adolescentes, como um convite para olhá-lo mais de perto, podemos nos surpreender com o que surgirá. “E quando aceitamos e entramos neste nada, no vazio, descobrimos que o deserto começa a florescer. O vazio estéril torna-se o vazio fértil (PERLS, 1977, p. 86).

c) Sentimento de Angústia

Tô meio angustiada, porque, tipo, eu nunca falei pra ninguém, é que se eu falar pra alguém, eu acho meio diferente (Maria, 13 anos).

Não sabia mais o que fazer, não sabia, não sabia, não sabia quem eu era, não sabia nada. Foi aí que eu comecei a me cortar, quando o meu pai morreu (Carolina, 17 anos).

Ou eu fico e sofro ou eu vou embora. Mas se eu for embora eu também vou sofrer. Então eu não tenho escolha. Eu sofro de qualquer jeito. [...]Tipo, eu sinto que tô estragada. Na maior parte do tempo eu sinto que eu tô estragada. [...] Eu quero que me digam o que eu tenho. Eu quero que façam alguma coisa. [...]Acho que tipo, ser apática, melhor do que ser suicida. [...]Eu não sei o que é pior, tipo não sentir nada, ou sentir demais. Não sei o que é o pior. [...] As coisas parecem bem só que tipo, do nada começa a desmoronar. Eu não sei por que, e eu me sinto estúpida (Ana, 14 anos).

Porque eu não me sinto bem sozinha, que nem pra mim ir pra escola sozinha. Sempre quando é pra mim ir, eu cheguei a chegar no ponto de ônibus, daí o meu padrasto veio pra tomar café naquele dia, ele pegou, fomos até em casa, daí ele tomou café e a gente foi de volta pro colégio. Daí não deu nada, agora toda vez que eu ia pra flauta, ele sempre me levava né. E agora que nem ontem, eu fui sozinha, daí eu fiquei no ponto de ônibus, eu não sei, eu não me sinto bem (Beatriz, 12 anos).

E foi um momento muito, muito assustador, porque de repente tudo aquilo que eu tinha criado na minha cabeça não era real, era muito estranho e daí eu comecei a perceber que toda aquela fantasia, tudo o que eu imaginava não era real. Foi um momento muito avassalador, muito estranho. Nesse meio termo eu comecei a tentar me achar assim no mundo sabe, aí foi bem difícil pra mim (Angélica, 15 anos).

A ansiedade ocorre quando o excitamento não se movimenta para satisfazer sua necessidade. A perturbação do metabolismo diminui a vitalidade do organismo. Assim, a ansiedade acontece quando o excitamento é contido. A palavra *Angoustia* é latina e significa estreiteza, se a excitação não puder fluir por intermédio do sistema motor, então organismo buscará a dessensibilização, como: frigidez e bloqueio dos ouvidos (PERLS, 1977). O organismo tem como função a busca de auto-regulação orgânica e é através desse processo que o organismo satisfaz suas necessidades.

uma vez que suas necessidades são muitas e cada necessidade perturba o equilíbrio, o processo homeostático perdura o tempo todo. Toda vida é caracterizada pelo jogo contínuo de estabilidade e desequilíbrio no organismo. Quando o processo homeostático falha em alguma escala, quando o organismo se mantém num estado de desequilíbrio por muito tempo e é incapaz de satisfazer suas necessidades, está doente. Quando falha o processo homeostático o organismo morre (PERLS, 1981, p. 20).

Quando Maria, Carolina, Ana, Beatriz e Angélica relatam a vivência de angústia estão vivendo um momento de ansiedade, um bloqueio do momento presente e, assim, permanecem estagnadas, presas por não conseguirem satisfazer suas necessidades. Muitas vezes há uma

confusão entre figura e fundo, principalmente no momento de ansiedade e a hierarquização das necessidades permanece prejudicada.

d) Abandono/Rejeição

Porque elas não me tratavam bem, daí eu tinha medo de chegar assim perto delas, aí elas me rejeitam. Eu não sei por que, parece que é difícil para as pessoas me aceitarem (Maria, 13 anos).

É porque eu sempre pensei que eu tento evitar que as pessoas vão embora e tentando evitar, eu faço elas irem embora. [...] Eu faço teatro só que tipo, normalmente eu me sinto bem, só que tipo às vezes, eu sinto medo de quando eu vou pra escola, sabe quando você sente ansiedade, tipo de ir pra algum lugar. Depois eu percebi que eu tipo, tenho medo de me rejeitarem. Tipo, eu tenho medo tipo, de caçoarem de mim. E eu acho que eu não sou boa o bastante, pra fazer teatro, por que eu falo muito rápido às vezes (Ana, 14 anos).

Eu me sentia muito rejeitada, por causa que eu sofria bullying na escola. Daí eu pensava que ninguém gostava de mim e que (...), eu pensava por que assim (...), porque que eu nasci, se for pra ser assim, por que eu vivo, eu tô aqui. Se for pra ser assim, (...) e quando eu me cortava parecia que tudo passava (Iracema, 16 anos).

Sim, ele era o meu melhor amigo, ele era mais velho, assim sabe, aí eu era bem novinha, minha amiga tinha 15 anos na época e o meu amigo ele tinha 18. Era uma diferença de idade bem absurda se parar pra pensar, mas ele era bem gentil e simpático. E na época que eu conheci ele eu tava sofrendo muito bullying na escola e aí eu sentia que não tinha amigo nenhum, que eu era muito sozinha e que ninguém... e eu era tipo uma coisa ruim, e que ninguém ia querer dar atenção para mim e ele falou de repente tipo: “opa vamos ser amigos?” e daí eu me senti amada aí ele meio que cuidava assim de mim, por assim dizer (Angélica, 15 anos).

Nesse processo de contatar e de se afastar, as adolescentes realizam um movimento de se afastar, pois em algum momento de sua vida viveram o sentimento de abandono por pessoas significativas. Assim, acabam repetindo as mesmas vivências em não contactar, com medo do abandono e da rejeição.

Portanto, nem todo contato é saudável, nem toda fuga é doentia. Uma das características do neurótico é não poder fazer o bom contato, nem organizar sua fuga. Quando deveria estar em contato com o seu meio, sua mente está em

qualquer outro lugar e assim não pode se concentrar. Quando deveria fugir, não pode (PERLS, 1988, p. 35).

Ana fala sobre seu medo de se aproximar e de ser abandonada e fala com propriedade sobre o medo de ser rejeitada. No organismo “saudável” esse movimento ocorre de forma fluida. No entanto, as adolescentes entrevistadas, por compreenderem que todo contato gera um abandono e sofrimento, deixam de realizar contato por medo de serem abandonadas. Deste modo, não há um contato e uma fuga organizada, há, sim, desequilíbrio entre contatar e fugir.

e) Naturalização do sofrimento

Eu contava para a diretora do colégio e nunca adiantava nada. Só falava que não era pra mim dar bola, mas era difícil, por que como é que eu não vou dar bola, se a pessoa fica fazendo brincadeira, me ofendendo. Achavam normal. Mas pra mim não era normal (Maria, 13 anos).

E eu odeio quando alguém diz: isso é adolescência. Eu tô vendo um monte de adolescente na minha volta e nenhum tá assim (Ana, 14 anos).

Não, ela falava simplesmente que era coisa da adolescência, assim sabe, que era uma coisa comum, que aconteceu com todo mundo, que ia passar, esse tipo de coisa. Não, eu simplesmente não achava que era comum uma pessoa ficar se sentindo tão mal o tempo todo, não conseguir dormir, ficar nervosa, ansiosa o tempo todo, não achava que era comum, por que eu via os meus amigos, os meus colegas de classe todos eles, eles ficavam calmos o tempo todo, eles ficavam diver..., eram felizes, divertidos não se preocupavam quase nada e viam diversão em tudo e eu não era assim, eu fiquei pensando que isso não tava certo né (Angélica, 15 anos).

Ozella e Aguiar (2008) e Ozella et al (2003), apontam para a naturalização da adolescência como uma fase de crise, discurso que fica evidente nas entrevistas das adolescentes. Este jargão é percebido em relação à fala dos pais e diretores da escola, como também, no próprio contato da pesquisadora com as mães para a assinatura da TCLE, que afirmaram para a pesquisadora que “isso” era algo da adolescência. No discurso das adolescentes é possível perceber que as mesmas divergem quanto a essa compreensão e se diferem, com muita propriedade, de outros adolescentes que se divertem e são felizes, o contrário do que sentem.

Os sentimentos vivenciados pelas adolescentes são variados, o conjunto dos sentimentos nos lembram uma indicação para o diagnóstico de depressão.

O desvirtuamento dos afetos na contemporaneidade faz parte da gênese da epidemia da depressão em que vivemos. O amor por si mesmo substitui o amor à comunidade, amor a um ideal ou mesmo o amor religioso (ou não) pelo próximo (FREIRE in MOREIRA, 2009, p. 150).

Existe um esvaziamento das relações, neste núcleo de sentido: Angústia Existencial, todas as categorias de análise apontam para sintomas depressivos existente no discurso das adolescentes, como afirmam Resch, Parzer e Brunner (2008). No entanto, esses sintomas não deveriam ser tratados de forma individual, ao ampliarmos nossa percepção, olhamos para uma sociedade que está doente, pois o “mal estar apontado” pelas adolescentes, sugere um olhar da Maria, Carolina, Iracema, Ana, Beatriz e Angélica para a sociedade. “Ainda que a depressão seja a doença dos afetos, no seu sentido mais amplo se dá pela ordem dos desafetos, em um sistema cultural que não permite uma ética da alteridade” (FREIRE, 2009 apud MOREIRA, 2009, p. 155).

6.1.4 Sentido da Automutilação

*Quando sentimos dor, é
mais fácil manter-se no
presente.*
(JAMIESON, 2010)

O lugar da automutilação aparece como núcleo de sentido no discurso das adolescentes e como categoria de análise: sentimento de alívio e vício foram mencionados pelas adolescentes.

a) Alívio

Como assim? O lance de de se cortar? Eu não sei, eu precisava, sei lá, de alívio, daí eu não sabia o que fazer e eu me machuquei, aí eu senti alívio. Quando eu ficava, numa, como se eu me encontrasse numa situação em que eu não sabia o que fazer eu me cortava, tipo se minha irmã brigasse comigo, por qualquer motivo eu

me cortava, se eu visse que minha irmã brigasse com alguém eu me cortava, sei lá, se eu visse qualquer situação que eu não conseguisse manter o controle eu ia lá e me cortava. Eu gosto de dor, então se torna um alívio (Carolina, 17 anos).

Eu não sei por que eu me corto, eu me corto porque, porque eu tô cheia demais. Eu tô cheia de coisa que eu não consigo lidar, então eu vou e me corto. É o que eu sinto quando eu me corto. Tipo, parece tipo, relaxante não é uma coisa tipo, nossa tá me aliviando. Não é tipo um alívio, eu sei que eu tô sentindo dor, eu sei que não muda nada. Mas isso é tipo um jeito de relaxar, é um jeito bem... meio doentio (Ana, 14 anos).

Fiquei braba, [...] pegava a gilete e começava a me cortar, eu vi que aquilo me aliviava assim, parecia que passava. Aí depois cada vez, toda vez que eu ficava chateada com alguma coisa, eu sempre me cortava (Iracema, 16 anos).

O sentimento de alívio surge nas adolescentes imediatamente após o comportamento de automutilação. É um sentimento instantâneo, imediato e proporciona a liberação de endorfina (substância responsável pela sensação de prazer) e, assim, resulta na diminuição da tensão que, geralmente, antecede o comportamento de automutilação. A automutilação ocorre após um evento estressor e, assim, é escolhida como uma maneira de lidar com a raiva dirigida ao mundo. O medo de aniquilar ou de ser aniquilado faz com que o direcionamento da ação voltada para o mundo volte-se para si. A abordagem gestáltica compreende esse comportamento como retroflexão, em que “as energias comprometidas voltam-se contra os únicos objetos seguros no campo: sua própria personalidade e seu próprio corpo” (PERLS, 1997, p. 256).

Deste modo, a retroflexão é compreendida, pela abordagem gestáltica, como um comportamento neurótico. Os mecanismos de defesa surgem num campo onde há repressão, são ajustamentos criativos para com os fantasmas que já não existem mais, como afirma Spangenberg (1996, p. 15): “neurose é, então, também um tempo congelado, um gesto paralisado, uma máscara de terror diante de um fantasma que já não existe mais”.

“Na retroflexão o ser humano mostra sua capacidade de ser observador e observado. O sentimento de vergonha ou constrangimento remete a possibilidade de autocrítica. E assim, seu observador não é mais ninguém que não ele mesmo, do qual não pode escapar.” (TATOSSIAN, 2006, p. 96).

Conforme Robine (2006, p. 128), “[...] a retroflexão torna possível o atraso do engajamento, permitindo o reajustamento da emoção”. Carolina, ao retrofletir, ao se automutilar, buscava manter o controle.

Essa retroflexão se manifestará por meio de comportamentos de auto-agressão, da automutilação à masturbação, das obsessões às doenças consideradas psicossomáticas, do suicídio a certas formas de masoquismo, da compulsão ao fracasso e aos remorsos, da resignação à autoconquista (ROBINE, 2006, p. 129).

O autor acima citado sugere que o destinatário da ação não é totalmente excluído, podendo ser alcançado de forma indireta. Uma tentativa de suicídio afetaria pessoas que não poderiam ser agredidas. Esse movimento também pode ser percebido na automutilação.

b) Vício

É tipo um prazer momentâneo assim. É, não sei, comparado a uma pessoa que gosta de, de sei lá beber, sei lá quando tu tá comendo chocolate, você sente o prazer na hora, mas depois acaba o prazer. Na hora que você come você sente prazer, é bom, só que acaba. Quando acaba você quer mais, eu gostava de ver o sangue escorrendo, eu ficava com prazer, eu achava massa ficar com marca, ficar com marca e achava legal. Hoje eu já não acho legal. [...] Era um motivo pra fazer mais, ciclo vicioso, é viciante. Engraçado, não era pra ser, porque dói. A primeira coisa, a automutilação no meu caso, não é só pela tristeza, é um vício, às vezes eu não tô triste, mas tô com vontade de me cortar, pra mim é um vício (Carolina, 17 anos).

Por causa que uma vez que você começa a se automutilar, você não consegue parar direito é como um vício, por que na hora aquilo lá, quando você se machuca, você sente um, meio que parece que sente um prazer, ou pelo menos um conforto maior e quando você faz uma vez você não quer parar assim sabe, e aí fiquei naquilo por um bom tempo assim sabe, cerca dois, três anos assim sabe (Angélica, 15 anos).

O vício relatado pelas adolescentes Carolina e Angélica demonstram um hábito. O comportamento torna-se uma repetição para aliviar o sofrimento. Assim, “quando uma pessoa reflete recorrentemente, ela bloqueia seus impulsos para o mundo e permanece presa por forças opostas, mas estagnadas” (TATOSSIAN, 2006, p. 98).

A automutilação como (dis)função do contato acontece quando há uma repetição desse comportamento, um hábito. O sujeito encontra na automutilação uma forma para lidar com sentimentos de abandono, frustração e raiva. Perls (1977) ressalta que a desregulação do organismo ocorre quando não há um equilíbrio entre o sentir e o agir.

6.1.5 Rede de Atenção Psicossocial

O núcleo de sentido rede de atenção psicossocial aponta para a categoria de análise relação das adolescentes com o serviço público de saúde.

Eu passei mal um dia, daí eu tava lá em casa sozinha, daí minha mãe veio do serviço, daí ela me levou pro hospital, daí eu já tinha me cortado né? Daí eu sentei lá, daí o medico olhou, ele perguntou por que, daí eu fui falar com a mulher, com a psicóloga lá do hospital, daí eles me encaminharam pra cá, daí aqui eu tenho amigo. Porque aqui todo mundo me aceita. Hoje tá bem melhor, depois que eu vim para o CAPS as coisas melhoraram (Maria, 13 anos).

Tá bem melhor, porque eu era muito estourada, de nervosa assim. A minha mãe falou que desde que eu comecei a fazer o tratamento e tomar remédio eu tô bem mais calma. Às vezes, quase sempre eu fico depressiva, mas aí falo pra minha irmã, antes eu não falava, ia direto me cortar, falo pra ela: - Ohh... não tô legal. E eu fico com a minha mãe também, antes lá em Timbó eu ficava sozinha, então era bem mais fácil pra mim... agora minha mãe ta sempre em casa, tô sempre conversando com ela. Não sei, eu não tenho muita intimidade com as pessoas de lá, eu vou no dia eu converso o que tem pra conversar, mas eu não tenho amigos lá (Carolina, 17 anos).

Foi minha mãe que me mandou pra cá porque, por algum motivo, ela acha que se me colocar numa sala com uma estranha, ela acha que isso ia me ajudar e ia abandonar a culpa dela (Ana, 14 anos).

Mas aqui mesmo, eu só vim aqui nesse aqui quando, foram a professora me mandou, da escola, pra psicóloga, daí eu comecei a vir pra cá. Mas antes eu nunca tinha vindo pra cá. Aí fui gostando assim, eu fui (...) era uma pessoa assim que podia me escutar, sem me julgar. Sem falar nada assim, e eu gostei de vir assim. Mas até eu tive que parar assim, parei assim porque não deu, não dava mesmo pra vir. É

sempre bom né, pra não voltar a fazer assim as mesmas coisas que eu fizesse. Eu não preciso tanto como antes, mas eu preciso assim, eu sinto que eu preciso sim, um pouco assim (Iracema, 16 anos).

Que nem a gente nunca falou desse assunto. Eu me lembro, tipo, eu me lembro uma vez que, aí eu tenho essa lembrança na cabeça que quando uma vez eu tava lá, daí ela conversava bastante comigo só não lembro o que era. Porque tinha uma casinha de boneca lá, ela tinha casinha de boneca bem grande e no chão tinha cheio de almofadas pra ficar brincando com as bonecas. Eu me lembro que eu tava lá na casinha, só que eu ficava lembrando, só que eu não tava lembrando o que eu tava falando com ela (Beatriz, 12 anos).

Bom, inicialmente a minha mãe ela teve que parar de pagar o SUS lá, esse tipo de coisa, e a gente precisou procurar outra unidade de atendimento e como já era pertinho de casa a gente resolveu vir até aqui, aí a minha mãe disse pra mim que tinha um psiquiatra aqui, aí eu achei bom pra me atender por causa que eu já tinha ido em outros psiquiatras e a reação não tinha sido muito satisfatória, aí o Dr. me consultou e aí foi uma reação melhor e aí me consultou a Dra. que é psicóloga e aí eu fui me envolvendo mais (Angélica, 15 anos).

A relação das adolescentes com a Rede de Atenção Psicossocial perpassa pela modalidade de atendimento que as adolescentes estão recebendo. Maria e Carolina estão em acompanhamento psiquiátrico e participam de grupos no CAPS Infantil e no seu discurso demonstram uma efetividade do tratamento.

Maria e Carolina estão no Serviço semanalmente participando dos grupos. Maria sente-se aceita pelos outros adolescentes que também participam dos grupos. Já Carolina, apesar de esboçar melhora, tem uma relação “pró-forma” com o serviço, quando diz “[...] converso o que tenho que conversar”.

Ana e Angélica também são acompanhadas pela Rede de Atenção: Ana tem atendimento semanal com uma estudante de psicologia e Angélica tem atendimento quinzenal também com uma estudante de psicologia.

Ana acredita que estar numa sala com uma “estranha” tem como intuito diminuir a culpa da mãe. Angélica sente-se envolvida e beneficiada com o tratamento da estudante de psicologia e, também, com o acompanhamento do médico clínico.

Iracema e Beatriz não deram continuidade ao acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial, as duas adolescentes não apresentam mais comportamento de automutilação.

Percebemos o território, lugar privilegiado de cuidado por acontecer na própria comunidade, tem engatinhado no que tange ao acesso a profissionais que possam atender as demandas. “O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p. 13). Os profissionais da psicologia nesses espaços são poucos, na tentativa de garantir uma escuta às adolescentes, buscam-se programas que disponibilizam profissionais em formação.

6.2 TRECHO DA CARTA DE MARIA

Durante a entrevista, Maria contou que escrevia em seus diários sobre os seus sentimentos. Confidenciou, também, que quando as coisas estavam difíceis planejou se matar. Escreveu uma carta e foi logo mostrando a pesquisadora, questionando-a se queria ler. Maria se preparou para entrevista, trouxe em sua mochila seus diários e uma carta. Ainda titubeante, questionava se a pesquisadora acharia bobagem o que escreveu. Eis um trecho da carta:

...o meu coração era um objeto usado e idiota, todos faziam dele o que queriam, sabe por quê? Porque palavras te doem mais que um tapa e era o que todas usavam contra mim: palavras e mais palavras. E eu comecei a me odiar por eu ser assim, tantos problemas e ninguém me entendia. Não conhecia ninguém que pudesse me tirar do fundo do poço. Ninguém, e eu tenho morrido todos os dias, esperando por perdões, por esperanças que nunca chegaram pra me salvar. Eu me tornei uma pessoa fria e ruim, não sabia o que era o bem. Eu estava perto do fundo do abismo escuro, a minha paz estava no fundo do abismo, minha alma está morta realmente, a minha alma morreu. Mas todo o peso, toda a dor que eu conhecia, a minha alma estava segurando, estava morrendo, estava sufocando. Nem os cortes aliviaram mais, simplesmente não aguento mais, estou à espera do fim onde eu poderei ser feliz (Maria, 13 anos).

A carta de Maria demonstra o sofrimento vivido pela adolescente. Existe um não saber o que fazer com esses sentimentos,

como dito acima, o medo de destruir o outro faz com que as adolescentes voltem a ação para si. A automutilação faz esse papel retroflexivo, por uma inabilidade para direcionar os seus sentimentos e ações para fora; como o sentimento de raiva, identificado diversas vezes no discurso das adolescentes, que se volta contra si.

6.3 ANA E A PERSONAGEM INVISÍVEL

Durante a entrevista, Ana quer saber mais sobre a pesquisadora: pede para ficar com sua caneta, tem curiosidade para ler suas anotações e escreve o nome de uma música¹⁰ e uma frase no caderno da pesquisadora: *“Um coração que ama, sempre será um coração partido”*. Ana conta que faz aula de teatro e escolheu a personagem que era invisível, pois se identificava com ela. Segundo a adolescente, o contexto da peça teatral acontecia num *sanatório*.

O quê? Eu? Vocês querem que eu diga alguma coisa? De que adianta? As pessoas falam, falam, mas na maioria do tempo não dizem nada que vale a pena, podem acreditar, eu sei. Passo horas e horas observando as pessoas, tenho essa vantagem justamente pelo fato de que sou invisível. Vocês não conseguem me ver. Isso não é problema da visão de vocês, não. Não se preocupem, não precisam correr pro oftalmologista. Eu sou invisível mesmo. Não tenho cheiro, não faço barulho, não sai voz nenhuma da minha garganta e se alguém tentar encostar em mim, a mão vai passar direto. Não é ruim, não. Na verdade até que é bom (Ana, interpretando sua personagem invisível Bernarda, 14 anos).

Há uma procura pelo o olhar que desvende essa (in)visibilidade, seja com pedidos de ajuda através do comportamento de automutilação, seja aceitando participar da entrevista com uma estranha – nas palavras de Ana quando se referiu à estagiária de psicologia que a atendia na rede –, seja na aceitação da sua (in)visibilidade.

¹⁰ Música e tradução no Anexo A.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com Maria, Carolina, Ana, Iracema, Beatriz e Angélica possibilitou encontros com a própria pesquisadora. As histórias contadas pelas adolescentes, escutadas e atravessadas pelo olhar da pesquisadora, buscam decifrar e criar sentidos.

Muitas das adolescentes repetiram durante a entrevista: “Eu nunca contei para ninguém”, “É segredo”, “Você é a primeira pessoa pra quem estou contando”. Talvez essas falas tenham algo a dizer. Essas adolescentes não são ouvidas ou não foram genuinamente ouvidas na sua dignidade e no seu sofrimento.

Contar suas histórias é a possibilidade de *recontar* e, assim, criar “novos” sentidos. O que se torna redundante, pois a criação sempre é de algo novo; mas percebemos a necessidade de enfatizar. A narradora que fala de um passado, só pode fazê-lo no presente, e é a partir do presente que damos sentido ao que passou.

Assim, antes de mais nada, as entrevistas com as adolescentes buscaram um narrador no presente que deu significados ao passado. Como faremos neste instante, construindo sentidos ao que nos foi *entregue* (a história de cada adolescente, seus segredos, suas angústias e seus sonhos).

Os núcleos de sentido apontaram uma história de violência e sofrimento vivida pelas adolescentes através do *bullying*. Podemos pensar que essa violência antecede a ida à escola e muitas vezes inicia na própria família, através de negligência, naturalização do sofrimento e ao menosprezar o que se passa com as adolescentes. E, assim, a violência se perpetua também nas relações na escola, sendo o adolescente vítima, agressor, ou mesmo espectador. A violência é consentida pela escola e até mesmo infligida por ela, tanto na relação de *autoritarismo* como ao negligenciar o que acontece.

Quando não há suporte no campo, a perda de uma pessoa pode ser devastadora, e pode atualizar as perdas passadas. A falta de suporte no campo se repete no discurso das adolescentes, todas elas se sentem incompreendidas pelos seus familiares e buscam um isolamento, geralmente, no seu quarto, que passa a ser o seu novo mundo, onde se sentem protegidas das ameaças externas. Ao se protegerem, também deixam de experienciar as surpresas da vida cotidiana.

A família, como dissemos acima, foi bastante citada no discurso das adolescentes. Conflitos importantes têm acontecido na organização familiar. As discussões relatadas pelas adolescentes são constantes e,

muitas vezes, não compreendem o motivo das brigas ou criam sentidos para elas.

Quando têm amigos, estes passam a ter um espaço importante na vida das adolescentes, sentem-se fazendo parte de um grupo. O sentimento de não pertencimento denuncia uma sociedade intolerante ao diferente e a falta de senso de comunidade e partilha. Há um esmaecimento nas relações atuais, em que a pouca profundidade tem contribuído para uma sociedade com valores superficiais e individualistas, como anunciam as adolescentes em seus discursos.

No entanto, há um fio de possibilidades. Sempre há! Identificamos a manifestação do projeto existencial por essas adolescentes: Maria tem guardado como um segredo o desejo de ter um amor especial e de ser aceita por ele. Iracema, ao denunciar a falta de atenção da mãe, sonha em ser uma mãe que não teve – para poder contar uma nova/outra história. E há também quem adia o seu presente para um futuro próximo, tentando escapar do que é inevitável – um namoro com um rapaz da igreja. O homem tem o benefício de poder projetar e, assim, fugir de uma *má sorte* e poder transformar a sua realidade e fazer escolhas diferentes das atuais.

Os sentimentos que emergem do discurso das adolescentes antecedem o momento do comportamento de automutilação: angústia, sentimento de vazio, abandono e rejeição. Existe uma inabilidade para lidar com esses sentimentos e com situações de frustração e raiva. O medo de destruir o outro e de ser abandonado e rejeitado faz com que as adolescentes voltem seus sentimentos contra si.

A automutilação surge para essas adolescentes para lidar com os sentimentos que podem “destruir” o outro. Assim, destroem a si mesmas. A destruição em Gestalt Terapia tem sua serventia; ao destruir, busca-se uma assimilação e uma criação.

Chama-nos a atenção a semelhança com que o comportamento de automutilação se perpetua, como o *Efeito Werther*. Não como em 1777, quando o livro foi publicado, mas agora através da *internet*. O comportamento de imitação é percebido no discurso das adolescentes. Estas conheciam alguém que apresentava tal comportamento, fizeram pesquisas na *internet* ou participaram de grupos nas redes sociais ou mesmo enviavam fotos das suas “marcas” através de *smartphones*.

A partir do relato das adolescentes e da identificação de que a *internet* e as redes sociais são uma realidade no cotidiano dos adolescentes, o presente estudo propõe a construção de um *blog*, tendo como público os adolescentes. O objetivo do *blog* será a promoção de

discussões sobre diversos temas, incluindo a automutilação, tendo como colaboradores os próprios adolescentes, mediado pelos profissionais da saúde.

Há, ainda, uma fragilidade na Rede de Atenção Psicossocial na atenção ao adolescente. A Atenção Psicossocial Estratégica – CAPSi parece ainda tratar os cuidados das adolescentes de forma mais coesa. As adolescentes atendidas nesse serviço apresentam uma continuidade no tratamento, sendo que nos demais serviços existe, ainda, uma descontinuidade, sendo por parte das adolescentes, sendo por parte do serviço que, muitas vezes, não possui profissionais para contemplar a demanda.

Além de um espaço de escuta, são necessários espaços na cidade com promoção de lazer, cultura, esportes e, mais ainda, espaços de convivência entre adolescentes.

Onde não há espaço para o sujeito, não há olhar, não há visibilidade. Há (in)visibilidade. O adolescente ainda tem passado despercebido aos olhos dos Serviços Públicos. Existem mais Marias, Carolinas, Anas, Iracemas, Beatrizas e Angélicas do que supomos existir.

O intuito deste estudo não foi esgotar o tema, mas iniciar uma discussão sobre adolescentes e seus lugares de (in)visibilidade. Nossa busca é transcender os olhares já “cansados” para o cotidiano.

Assim, concordamos com Bakunin (1986, s/p): “[...]a ânsia de destruir é também uma ânsia de criar”. E elas criaram: este estudo também é uma criação delas.

REFERÊNCIAS

ADLER, P. A; ADLER, P. The Demedicalization of Self-Injury: From Psychopathology to Sociological Deviance. **Journal of Contemporary Ethnography**. 2007 Oct. vol. 36. n. 5, p. 537-570. DOI: 10.1177/0891241607301968

AMARANTE, P.; TORRE, E. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção a complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5** – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Artmed, 2014.

_____. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.

ANTUNES, Deborah Christina; ZUIN, Antônio Álvaro Soares. Do bullying ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. **Psicol. Soc.** [online]. 2008, vol. 20, n.1, p. 33-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2014.

ÀRIES, P. **História Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

ASARNOW, J. R. et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 2011 Aug. v. 50, n. 8, p. 772-81.

ATHAYDE, C. et al. Invisibilidade e reconhecimento. In: Cabeça de porco. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

ATHAYDE, C. et al. Crescer nos trópicos: uma odisséia na periferia. In: Cabeça de porco. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

BAKUNIN, M. In: WOODCOK, G. (Org). **Os grandes escritos anarquistas**. Porto Alegre: L&PM, 1986.

BOCK, A. M. B; GONÇALVES, M. G. M; FURTADO, O. **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>.

BRASIL. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. BRASIL. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no**

SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf>.

BRASIL. Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>

BRASIL. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

drogas. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 3 dez. 2014.

BRUM, E. **Uma duas**. São Paulo: Leya, 2011.

_____. **Meus desacontencimentos**: a história da minha vida com as palavras. São Paulo: Leya, 2014.

CAMPOS, R. O. Clínica a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. 2001, v. 25, n. 58.

COSTA-ROSA, A. LUZIO, C. A., YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: SCLIAR, M. et al. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Eng Paulo Frontin: RJ - Nau Editora, 2003.

FREIRE, C. Depressão: uma desordem dos afetos ou a ordem dos desafetos? In: MOREIRA, V. **Clínica humanista-fenomenológica**: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica. São Paulo: Annablume, 2009.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GALEANO, E. O livro dos abraços. tradução de Eric Nepomuceno. - 9. ed. - Porto Alegre: L&PM, 2002.

GIUSTI, J. S.; GARRETO, A. K. R.; SCIVOLETTO, S. Automutilação. In: ABREU, C. N.; TAVARES, H.; CORDÁS, T. A. (Orgs.). **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GOETHE, J. W. Os sofrimentos do jovem Werther. 3. ed. São Paulo: M. Fontes, 2007.

HALL, B.; PLACE, M. Cutting to cope – a modern adolescent phenomenon. **Child Care Health Dev.** 2010 Sep. v. 36, n. 5, p. 623-9.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Sociología de la vida cotidiana**. 4.ed. Barcelona: Península, 1994.

HICKS, K. M.; HINCK, S. M. Concept analysis of self-mutilation. **J Adv Nurs.** 2008 Nov, v.64, n.4, p. 408-13.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

JAMIESON, A.; THURLOW, C. **Hoje eu sou Alice**: memórias do transtorno de personalidade múltipla. São Paulo: Larousse do Brasil, 2010.

JULIANO, J. C. **A arte de restaurar histórias**: libertando o diálogo. São Paulo: Summus, 1999.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LE BRETON, D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, jan./jun. 2010, ano 16, n. 33, p. 25-40.

LEWIS, S. P. et al. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. **Pediatrics**. 2011 Mar., v. 127, n. 3, p. 552-7.

LUUKKONEN, A. H. et al. Bullying behavior is related to suicide attempts but not to self-mutilation among psychiatric inpatient adolescents. **Psychopathology**. 2009 Feb. v.42, n.2, p.131-8. DOI: 10.1159/000204764.

MATTOS, L. K. et al. Entre olhares e (in)visibilidades: reflexões sobre a fotografia como produção dialógica. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 26 – n. 3, p. 901-918, Set./Dez. 2014. Acesso em: 01 maio 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAN, P. et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. **The Lancet**. 2012 Jan. v. 379, n.9812, p. 236- 243.

MUSS, R. A antropologia cultural e a adolescência. In: **Teorias da Adolescência**. 5.ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1966.

NORTE, H. Automutilação cresce entre os mais jovens. **Jornal de Notícias**. 31 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://www.jn.pt/Domingo/Interior.aspx?content_id=1483193>. Acesso em: 10 set. 2012.

OMS. Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

OZELLA, S. et al. (Org.) **Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2003.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**. Jan./abr. 2008, v. 38, n. 133, p. 97-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>>

PAPALIA, D. et al. **Desenvolvimento humano**. 10.ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PERLS, F. **Gestalt-terapia Explicada**. São Paulo: Summus, 1977.

_____ **abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PROJETO BORBOLETA. Projeto Borboleta para auto-mutiladores. Disponível em: <<http://comoserforte.tumblr.com>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

RESCH, F.; PARZER, P.; BRUNNER, R. Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. 2008 Dec., v. 17, n. 1, p. 92-8.

RIALA, K.; HAKKO, H.; RÄSÄNEN, P. Nicotine dependence is associated with suicide attempts and self-mutilation among adolescent females. **Compr Psychiatry**. 2009 Jul-Aug. v.50, n.4, p. 293-8.

RIBEIRO, Jorge. **Gestalt-terapia**: refazendo um caminho. São Paulo, Summus, 1985.

RISSANEN, M.L.; KYLMÄ, J.; LAUKKANEN, E. Helping adolescents who self-mutilate: parental descriptions. **J Clin Nurs**. 2009 Jun., v.18, n.12, p. 1711-21. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02672.x.

_____. Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. **Issues Ment Health Nurs**. 2008. v.29, n.2, p. 145-63.

ROBINE, J. M. **O self desdobrado**: perspectiva de campo em Gestalt-Terapia. São Paulo: Summus, 2006.

SANTOS, M. **Por outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. 3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SCHNAKE, A. **La voz del sintoma**: del discurso médico al discurso organísmico. Chile, Editorial Cuatro Vientos, 2001.

SCHNEIDER, D. R. . Liberdade e Dinâmica Psicológica em Sartre. **Natureza Humana**. 2006, v. 8, p. 283-314.

SCOURFIELD, J.; ROEN, K.; MCDERMOTT, E. The non-display of authentic distress: public-private dualism in young people's discursive construction of self-harm. **Sociol Health Illn**. 2011 Jul., v. 33, n. 5, p. 777-91.

.SPÍNDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?) **Rev Esc Enferm – USP**. 2003, v. 37, n. 2, p.119-26.

THOMPSON, E. Intervalo: a lógica histórica. In: **A miséria da teoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

TOLMUNEN, T. et al. Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. **J Nerv Ment Dis.** 2008 Oct., v.196, n.10, p.768-71.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.3, p. 507-514. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000300025&script=sci_arttext>.

VERSOLATO, M. Automutilação é praticada por um em 12 adolescentes. **Folha de S. Paulo.** 24 de novembro de 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/10745-automutilacao-e-praticada-por-um-em-12-adolescentes.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2012.

ZANELLA, G. Navalha na carne. **Revista Cult.** Julho de 2012. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2012/06/navalha-na-carne/>>. Acesso em: 10 set. 2012.

ZINKER, J. C. **A busca da elegância em psicoterapia:** uma abordagem gestáltica com casais, famílias e sistemas íntimos. São Paulo: Summus, 2001.

ZURBA, M. C: **Modos de Subjetivação na Vida Cotidiana.** Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina. Orientação: Maristela Fantin. Florianópolis, 2003.

Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/85061>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Psicossomática: gênese e intervenção na psicologia da saúde. In: **ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** XVI, XI, 2011. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [ISBN - 978-85-87691-21-7]. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202011/ZURBA,%20Magda%20do%20Canto.%20Psico.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2012.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, *Suela Maiara Bernardes*, aluna do Programa do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido o adolescente a qual você é responsável legalmente, a participar do processo de coleta de dados da minha Dissertação de Mestrado, sob orientação da Prof. Dra. Magda do Canto Zurba. Esta pesquisa se intitula como: “*Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*” e tem como objetivo principal **compreender os sentidos da automutilação para adolescentes que a praticam**. O adolescente é convidado a participar da entrevista individual, que poderá acontecer em um ou mais encontros. O instrumento destina-se a conhecer o adolescente e sua trajetória de vida. A entrevista individual será gravada em áudio para facilitar a análise dos dados, desde que seja consentido pelo participante e pelo responsável legal. Na sequência, após o uso das gravações para a pesquisa, a pesquisadora destruirá o material. Esta pesquisa pode apresentar riscos, ou seja, a entrevista poderá desencadear emoções no adolescente e caso o mesmo sinta-se desconfortável, poderá solicitar atendimento psicológico à pesquisadora que é psicóloga, a qual fará o acolhimento e suporte psicológico imediato e o encaminhará aos serviços da rede de saúde. Dentre os benefícios de participar da presente pesquisa, o adolescente poderá ressignificar vivências psíquicas e ainda, contribuir para pensar estratégias para trabalhar com esta demanda. A participação do adolescente é absolutamente voluntária, portanto não será remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento, no entanto, em nenhum momento poderá ser fornecido qualquer tipo de ajuda financeira e ou ressarcimento da pesquisa. O

adolescente é livre para recusar a responder qualquer questão durante as entrevistas, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem ser penalizado ou ter algum prejuízo. O nome do adolescente, ou quaisquer dados que possam identificá-los, não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo. As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração do trabalho científico que poderá ser utilizado para publicação em meios acadêmicos e científicos. Portanto, em nenhum momento o nome será utilizado, a pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados. Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição de saúde após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada. Com os participantes, serão agendados horários para devolutiva dos resultados. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação a mais, me coloco a sua disposição no seguinte telefone: (47) 91710010 e no e-mail: suelabernardes@gmail.com A pesquisadora responsável é a Professora e Dra. Magda do Canto Zurba que também estará a sua disposição no telefone (48) 99986422 e no e-mail: magda.zurba@ufsc.br Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o CEPESH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. No endereço Biblioteca Universitária Central – Setor de Periódicos (térreo), atrás dos arquivos deslizantes. Contato: (48) 3721-9206 cep.propesq@contato.ufsc.br

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o CEPESH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. No endereço Biblioteca Universitária Central – Setor de Periódicos (térreo), atrás dos arquivos deslizantes. Contato: (48) 3721-9206 cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu _____,
 RG: _____, declaro através deste documento o meu consentimento para o adolescente _____ participar da pesquisa intitulada “*Tornar-se (in)visível: um estudo sobre os modos de subjetivação de adolescentes que se automutilam*”. Declaro ainda, que estou informado dos objetivos da pesquisa, do método, dos direitos de desistir de realizá-la a qualquer momento e também do meu anonimato.

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do adolescente participante da pesquisa: _____

Data: _____

Suela Maiara Bernardes
Pesquisadora Principal
Mestranda

Magda do Canto Zurba
Pesquisadora Responsável
Orientadora

APÊNDICE B – Declaração para Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau – SC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

DECLARAÇÃO PARA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BLUMENAU – SC

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *“Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam”* a ser realizado no CAPS Infantil, por meio de uma cópia do projeto - a ser entregue também no referido Serviço de Atenção Psicossocial -, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Blumenau, ____ de _____ de 2013.

ASSINATURA: _____

NOME: _____

CARGO: _____

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista

Roteiro da Entrevista com Adolescente

1. Como você chegou até o CAPS infantil/Ambulatório/Unidade de Saúde?
2. Você passou por outros serviços antes de chegar até aqui?
3. O que aconteceu para você vir para cá?
4. Você mora com quem?
5. Quem são as pessoas mais próximas de você?
6. Como você percebe quando fica feliz? E agora o contrário, como você percebe quando fica mais triste?

ANEXO A – When we were Angels/ Quando nós fomos anjos

Michale Graves

Tradução

When We Were Angels

Quando nós fomos anjos

I'm sorry, I wrote another letter
Saying how much I want to die
All the Horror movies
Are real in my mind

Me desculpe, escrevi outra carta
Dizendo o quanto eu quero morrer.
Todos os filmes de terror
São reais em minha mente

And somehow when I walk away
When the pain it's too much to hide
You never let me get too far away
You save me on someday

E de algum modo quando eu me
afasto
E a dor é muito grande pra esconder
Você nunca me deixa ir muito longe
Você me salva algum dia

We were angels
We were angels

Nós fomos anjos
Nós fomos anjos

And somehow when I walk away
When the pain is too much to hide
You never let me get too far away
You save me on someday

E de algum modo quando eu me
afasto
E a dor é muito grande pra esconder
Você nunca me deixa ir muito longe
Você me salva algum dia

We were angels
We were angels

Nós fomos anjos
Nós fomos anjos

All the horror movies are real
Real... Real in my mind

Todos os filmes de terror
Reais... reais em minha mente

ANEXO B – Programa Saúde na Escola (PSE)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE PROGRAMAS E PROJETOS INTEGRADOS
GERÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

Programa Saúde na Escola (PSE)

Síntese	O Programa Saúde na Escola (PSE), Política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, foi instituído pelo decreto presidencial n. 6.286 de 05 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.
Objetivo	O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.
Parcerias	Ministério da Educação/ MEC Ministério da Saúde/ MS Secretaria Municipal de Educação/ Gerência de Programas de Saúde Escolar. Secretaria Municipal de Saúde/ Diretoria de Ações em Saúde

Público-Alvo	<p>O público beneficiário do PSE são os estudantes da educação básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar. Trinta e três unidades educacionais do nosso município participam do programa: EBM Profa. Alice Thiele, EBM Almirante Tamandaré, EBM Prof. Hella Altenburg, EBM Henrique Alfarth, EBM Conselheiro Mafra, EBM Prof. Rodolfo Hollenweger, EBM Tiradentes, EEB Hermann Hamann, EEB Cel Pedro C. Feddersen, EEB José Vieira Gomes, EEB Emílio Baumgart, EEB Com. Arno Zadrozny, EEB Prof. Nilo Borghesi, EBM Pastor Faulhaber, EIM Alves Ramos, EIM Dr. Blumenau, EM Erich Klabunde, EBM Prof. Norma D. Huber, CEI Ingo Wolfgang Hering, CEI Herondina Helena da Silva, EEI Adélia Cardoso, CEI Vereador Ewaldo Moritz, CEI Dr. Arão Rebello, CEI Walter Rosemann, CEI Pedro Kraus, CEI Daniel Bressanini, CEI Johanna Conrad, CEI Bruno Schreiber, CEI Nazaré, CEI Luiz Vargas, CEI Elisa Hort, CEI Prof^a. Teresa R. S. de Araújo, CEI Evalino Hort.</p>
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Principais Estratégias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação Antropométrica; 2. Avaliação da Saúde Bucal; 3. Saúde Ocular; 4. Verificação da situação vacinal; 5. Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável; 6. Promoção da Saúde mental no Território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal; 7. Saúde e Prevenção nas Escolas: direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/aids; 8. Saúde e Prevenção nas Escolas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; 9. Capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional; 10. Capacitar os profissionais para trabalhar com promoção da alimentação saudável; 11. Capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexual e reprodutivo e prevenção das DST/aids; 12. Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, Crack e outras drogas.
Critérios e condições de participação das Unidades de Ensino	<p>Adesão do município ao programa.</p> <p>A adesão está condicionada à assinatura do Termo de Compromisso, pelos secretários municipais de Saúde e Educação, via sistema de monitoramento eletrônico.</p>
Publicações	<p>Portaria Interministerial Nº 1.413, de 10 de julho de 2013 - Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.</p>
Contato	<p>Fone: (47) 3381-7035 e-mail: gpse@blumenau.sc.gov.br</p>

Atualizado em:	15/01/2014.
----------------	-------------

ANEXO C – Projeto de Matriciamento em Saúde Mental e Educação**PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE PROGRAMAS E PROJETOS INTEGRADOS
GERÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR****Projeto de Matriciamento em Saúde Mental e Educação**

Síntese	O Projeto de Matriciamento em Saúde Mental e Educação visa possibilitar um intercâmbio de informações entre a saúde e a educação, contribuindo assim com a melhoria das relações humanas no contexto escolar e no processo de aprendizagem dos alunos da Rede Municipal de Ensino de Blumenau.
Objetivo	1. Aprofundar as reflexões a respeito da saúde mental e educação; 2. Abordar temas sobre a educação inclusiva e diversidade.
Parcerias	Secretaria Municipal de Saúde/ Secretaria Municipal de Educação – Gerência do Programa de Saúde Escolar
Público-Alvo	Gestores e coordenadores do ensino fundamental e educação infantil da rede municipal de ensino.

Principais Estratégias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Divisão em quatro grupos de encontro. 2. Estudo de caso com a Equipe Multidisciplinar do CAPSi; 3. Orientação de encaminhamentos para os serviços de atendimento em saúde . 4. Orientação de bibliografias e sugestões leituras específicas; 5. Apoio e orientação nos procedimentos e encaminhamentos em relação à saúde mental das crianças e adolescentes da rede municipal de ensino.
Critérios e condições de participação das Unidades de Ensino	Convite e adesão.
Contato	Fone: (47) 3381-7035 e-mail: gpse@blumenau.sc.gov.br
Atualizado em:	15/01/2014.

ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Tornar-se (in)visível: um estudo sobre os modos de subjetivação de adolescentes que se automutilam

Pesquisador: Magda do Canto Zurba

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25941013.2.0000.0121

Instituição Proponente: Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 724.464

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

Dissertação de Bernardes, orientada por Zurba do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atuação Psicossocial, que pretende entrevistar 6 adolescentes de até 17 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores, o objetivo do estudo é "compreender os sentidos da automutilação para os adolescentes que a praticam".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Poderá contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 21 de Julho de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)