

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VIVIANE DA SILVA BARBOSA

A PRÁTICA DE AUTOLESÃO EM JOVENS: UMA DOR A SER ANALISADA

SÃO CARLOS/SP

2017

VIVIANE DA SILVA BARBOSA

A PRÁTICA DE AUTOLESÃO EM JOVENS: UMA DOR A SER ANALISADA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem como parte
dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre em Ciências
da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Priscilla Hortense

SÃO CARLOS/SP

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

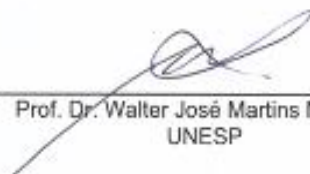
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Viviane da Silva Barbosa, realizada em 28/03/2017:



Profa. Dra. Priscilla Hortense
UFSCar



Prof. Dr. Walter José Martins Migliorini
UNESP



Profa. Dra. Georgina Carolina de Oliveira Faneco Maniakas
UFSCar

Agradecimentos

Ao meu pai, que de alguma forma está sempre comigo, a minha mãe por tudo, aos meus queridos irmãos, pelas risadas das ironias da vida e alguns azares que nos acompanham, vocês são os melhores irmãos e sinto falta da convivência diária.

Ao Ramisés, pelo amor, amizade e paciência, por trazer leveza aos nossos dias, me aguentar em dias que nem eu me aguentava, por compreender minhas ansiedades e pelo aprendizado da convivência.

Ao Duque, Mel e Laila, pelo amor mais puro que existe. A Mel por todo carinho, pelos momentos felizes e engraçados. A Laila por alegrar os meus dias, pelos abraços, lambidas e por ser tão companheira.

À minha querida orientadora Priscilla Hortense, por ser tão receptiva desde o primeiro contato, pela confiança, por acreditar na pesquisa e participar de cada etapa com tanto interesse e dedicação, pelas correções, por toda ajuda (inclusive nas férias), por compreender meu tempo e minhas distrações. Uma profissional inspiradora e uma pessoa tão amável. Não poderia ter uma orientadora melhor.

À professora Maria Cristina Di Lollo meus agradecimentos de longa data, uma das responsáveis pelo meu interesse e estudo da psicanálise e também por transmitir seus conhecimentos com tanta generosidade. Agradeço por me apresentar a professora Priscilla Hortense e pelo constante incentivo. Muito obrigada por mesmo com todas as suas atividades me disponibilizar tanto espaço, você foi essencial para esse trabalho e espero poder retribuir ao menos uma parte.

Agradeço as duas por serem muito mais que professoras, pela proximidade permitida. Por todos os encontros, que além de essenciais para o desenvolvimento deste trabalho proporcionou também um contato mais próximo com duas pessoas fantásticas, trocas de experiências além da teoria, encontros que muitas vezes foram cansativos, mas também prazerosos. Obrigada por me tranquilizarem nos momentos de angústia.

À analista Cláudia Gigante Ferraz, pelo acolhimento em momentos tão difíceis, por me ajudar a lidar com a falta, a pensar sobre tantas questões e colocá-las em palavras.

Agradeço à Pós-Graduação em Enfermagem, por me acolher e ser minha “segunda casa” na Universidade Federal de São Carlos.

Agradeço à professora Sonia Regina Zerbetto pela disponibilidade e colaboração, essencial ao desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço às professoras Angelica Martins de Souza Gonçalves e Tanyse Galon por me receberem na capacitação docente, pela oportunidade de aprender com vocês e colaborar.

Agradeço à Coordenadoria de Comunicação Social, em especial a Adriana Gonçalves Arruda, pela atenção e divulgação que foi imprescindível.

Ao Departamento de Atenção à Saúde (DeAS) e aos psicólogos Márcia João Pedro e André Luis Masiero pelo auxílio na divulgação.

Aos professores Georgina Carolina Oliveira Faneco Maniakas e Walter José Martins Migliorini da banca de qualificação e defesa, pela generosidade, questionamentos e contribuições tão relevantes ao trabalho. Agradeço por tornarem esses momentos um espaço para pensarmos juntos sobre o assunto.

A todos meus amigos, que me apoiaram, compreenderam minhas ausências, que fazem parte de momentos tão importantes, alguns mesmo longe são muito especiais e estão sempre comigo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro no primeiro ano de pesquisa.

À FAPESP, pela concessão de bolsa e financiamento do projeto, processo nº 2015/13949-4, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).¹

Agradeço imensamente aos participantes pela confiança, por compartilharem experiências tão particulares e profundas, espero que esse espaço de fala e escuta que criamos seja ampliado.

Minha gratidão por pessoas tão especiais fazerem parte deste trabalho e da minha vida.

¹ As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade do(s) autor(es) e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

"O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem."

"O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas -
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam. Verdade maior.
É o que a vida me ensinou.
Isso me alegra montão."

"Viver é muito perigoso; e não é não.
Nem sei explicar estas coisas.
Um sentir é o do sentente, mas outro é do sentidor."

(Guimarães Rosa)

"E Clarisse está trancada no banheiro
E faz marcas no seu corpo com seu pequeno canivete
Deitada no canto, seus tornozelos sangram
E a dor é menor do que parece
Quando ela se corta ela se esquece
Que é impossível ter da vida calma e força
Viver em dor, o que ninguém entende
Tentar ser forte a todo e cada amanhecer"

(Legião Urbana)

A PRÁTICA DE AUTOLESÃO EM JOVENS: UMA DOR A SER ANALISADA

RESUMO

A autolesão é um ato com resultado não fatal, em que o indivíduo realiza um dos seguintes atos: prática de comportamentos com intenção de causar lesão em si; ingestão de substância em dose excessiva do que foi prescrito ou da dose terapêutica conhecida; ingestão de uma droga ilícita ou recreacional em um ato que a pessoa considera ser uma autoagressão; ingestão de substâncias ou objetos não ingeríveis. Devido à variedade de comportamentos optou-se neste estudo por investigar apenas os atos de cortes, queimaduras, se bater, coçar, furar a pele com objetos pontiagudos e cutucar a pele até causar ferimentos. O objetivo geral é investigar o fenômeno da autolesão a partir dos significados a ele atribuídos pelos jovens que vivenciam ou vivenciaram tal experiência. Os objetivos específicos são identificar a prática e os motivos de autolesão a partir das experiências de jovens, avaliar a percepção da dor em jovens que praticam ou praticaram autolesão, analisar os significados que esses jovens atribuem a autolesão, propor hipóteses interpretativas fundamentadas nos relatos dos jovens que praticam ou praticaram autolesão embasado na análise de conteúdo e na abordagem psicanalítica freudiana. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas, com jovens de idade entre 18 e 28 anos, que praticam ou já praticaram autolesão. Foram realizadas dez entrevistas e após as transcrições elas foram analisadas por meio da análise de conteúdo com o intuito de verificar as categorias e temas presentes nas falas dos participantes, foram identificadas sete categorias, “o contexto da prática de autolesão”, “sensações e sentimentos”, “motivos”, “finalidade”,

“aspectos associados”, “os significados e sentidos da dor” e “experiências descritas”. Posteriormente realizou-se uma análise dos resultados embasado na teoria freudiana. As experiências relatadas e associadas a autolesão parecem ter em comum o sofrimento psíquico, as dificuldades de lidar com este sofrimento e a necessidade de descarga. A dor física é citada como diferente de outras situações e parece contribuir para o alívio relatado quando realizam a autolesão. As falas remetem a várias questões como perdas, lutos, angústias, masoquismo, suicídio/morte e a vida. Pode-se associar à autolesão aos desafios da adolescência e entrada na vida adulta, com vivências melancólicas relacionadas a reelaboração da identidade e da identidade sexual. Além disso, a autolesão aparece nas falas como um substituto ao suicídio, já que proporciona alívio temporário da dor psíquica que parece insuportável em alguns momentos. Assim a autolesão parece ser um sintoma que expressa sofrimento psíquico intenso. A partir disso, é importante uma maior discussão sobre o tema, que deve abranger pais, adolescentes, profissionais da educação e da saúde, além da elaboração de medidas de prevenção e tratamento.

Abstract

The practice of self-harm in young people: a pain to be analyzed

Self-harm is an act with a non-lethal outcome in which the individual performs one of the following acts: practice of behaviors intended to injure himself; ingestion of an overdose of what has been prescribed or the known therapeutic dose; ingestion of an illicit or recreational drug in an act that the person considers to be a self-harm; ingestion of substances or non-ingestible objects. Due to the variety of behaviors it was decided to investigate only the acts of cutting, burning, hitting, scratching, piercing the skin with sharp objects and poking at the skin to cause injuries. The general objective was to investigate the phenomenon of self-harm based on the meanings attributed to it by young people who experience or experienced it. The specific objectives were to identify the practice and the reasons for self-harm from the experiences of young people, to evaluate the perception of pain in young people who practice or have practiced self-harm, analyze the meanings that these young people attribute to self-harm, propose interpretative hypotheses on the reports of the young who practice or have practiced self-harm based on content analysis freudian psychoanalytic theory. A qualitative research was carried out with semi-structured interviews with young people between 18 and 28 years old who practice or practiced self-harm. Ten interviews were carried out and through content analysis seven categories were identified: "the context of self-harm", "sensations and feelings", "motives", "goal", "associated aspects", "the meanings of pain" and "described experiences". The analysis of the results was based on Freudian theory. The reported experiences related to self-harm seem to have in common the psychic suffering, the difficulties of dealing with this suffering and the need for unloading. Physical pain is cited

as different from other situations and seems to contribute to the reported relief when they practice self-harm. The speeches refer to several issues as losses, mourning, anguish, masochism, suicide/death and life. One can associate self-harm to the challenges of adolescence and the beginning of adulthood, with melancholic experiences related to the reworking of identity and sexual identity. Furthermore, the self-harm appears in the speeches as a substitute to suicide since it provides temporary relief from psychic pain, seemingly unbearable at times. Thus, self-harm appears to be a symptom which expresses intense psychic suffering. From this, further discussion on the subject is important, which should cover parents, teenagers, professionals in education and health, besides the elaboration of prevention and treatment measures.

LISTA

DE

QUADROS

Quadro 1 – Categorias e temas que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016.....44

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, ocupação tipo de autolesão infringida, objeto utilizado para a prática de autolesão, local da autolesão e idade de início da prática. São Carlos, 2016..... | 43 |
|--|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 Sobre o conceito de autolesão..... | 14 |
| 1.2 Sobre a prevalência..... | 16 |
| 1.3 Sobre os fatores relacionados..... | 20 |
| 1.4 Sobre os estudos realizados no Brasil..... | 24 |
| 1.5 Referencial teórico..... | 27 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 33 |
| 3 OBJETIVOS | 35 |
| 4 MATERIAL E MÉTODOS | 36 |
| 4.1 Tipo de pesquisa..... | 36 |
| 4.2 Participantes..... | 36 |
| 4.3 Instrumento..... | 38 |
| 4.4 Local da coleta..... | 38 |
| 4.5 Considerações éticas..... | 39 |
| 4.6 Procedimentos..... | 39 |
| 4.7 Forma de análise dos resultados..... | 40 |
| 5 RESULTADOS | 42 |
| 6 DISCUSSÃO | 47 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 85 |
| 8 REFERÊNCIAS | 88 |
| APÊNDICE I – Carta convite..... | 96 |
| APÊNDICE II – Quadros para verificar a saturação da amostra..... | 97 |
| APÊNDICE III- Roteiro de entrevista..... | 100 |
| APÊNDICE IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 101 |
| APÊNDICE V – Categorias, temas e falas..... | 102 |
| ANEXO I – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos..... | 123 |

1 Introdução

1.1 Sobre o conceito de autolesão

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (1994) define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano real ou potencial aos tecidos ou descrita em termos de tal dano.” Esta instituição aponta que a dor é um fenômeno subjetivo e individual e ao apontar que a dor pode ser descrita em termos de danos não existentes, aceita sua multidimensionalidade e sua complexidade.

A dor vai além de alterações neurofisiológicas, ela também é influenciada pelos aspectos sociais, psicológicos e culturais (HELMAN, 2009). Por ser uma experiência desagradável é comum pensarmos que os indivíduos tendem a evitá-la, entretanto, há situações em que a dor é autoprovocada.

A autoflagelação é uma prática de alguns grupos religiosos, e apesar de ter diminuído, ela ainda ocorre. Seu significado está em comemorar datas importantes para aquela religião, pagar os pecados e também uma forma de demonstrar a superioridade da alma sobre o corpo. Em algumas tribos existem rituais que induzem a dor, como os rituais de transição de fases, por exemplo, da infância para a fase adulta. Há rituais em que as pessoas ficam penduradas em ganchos por meio da pele e tecidos, provocando lesões geradoras de dor (HELMAN, 2009). Esses exemplos remetem à influência da cultura sobre a percepção da dor, como ela é vivenciada e seus significados.

Outro comportamento que induz a dor é a autolesão, nesses casos os indivíduos tem a intenção de provocar lesões e dor no próprio corpo por meio de cortes, queimaduras, arranhões, entre outros. Na literatura, existe uma discussão de qual o termo mais apropriado para essa prática, em inglês os termos mais usados são *self-harm* e *self-injury*, os quais, frequentemente, são traduzidos como automutilação, auto dano ou autolesão.

No Brasil, parte dos estudos discute a autolesão associada a esquizofrenia, com automutilações graves, algumas desfigurativas, como enucleação ocular, perfurações na traqueia, ingestão de pregos e parafusos, mutilação genital, de lábios e dedos (LIMA ET.AL., 2005; MILAGRES, 2006; DINIZ; KRELLING, 2006; TEIXEIRA; MENEGUETTE; DALGALARRONDO,2012; NUCCI; DALGALARRONDO, 2000).

Além do termo, não há consenso entre os especialistas sobre as definições. Existe uma discussão sobre quais comportamentos devem ser incluídos na definição de autolesão e se estes tem ou não associação com a ideação suicida. Essa falta de consenso dificulta o desenvolvimento de pesquisas e a comparação com as já realizadas.

Na definição de autolesão não suicida (*non-suicidal self-injury*) são incluídos apenas comportamentos que lesam o tecido corporal, como cortes, queimaduras e arranhões, mas quando o indivíduo afirma não existir a intenção de morrer; já a definição de autolesão (*self-harm*) inclui todos os métodos de autolesão, como cortes, sufocamento e ingestão de substâncias, não diferenciam se o comportamento é uma tentativa de suicídio ou não, assim evitam a questão da intencionalidade devido às dificuldades em tal atribuição (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

A maioria dos autores da América Latina utiliza a definição de autolesão não suicida (*non-suicidal self-injury*), que também é a mais utilizada na América do Norte, enquanto que a autolesão (*self-harm*) sem atribuir intencionalidade tem origem no Reino Unido. Atualmente as duas definições são aceitas na Europa (THYSSEN; CAMP, 2014).

Apesar das divergências em relação à definição do fenômeno, a comparação de prevalências de autolesão não suicidas com as que não atribuem intencionalidade, não apresentam diferenças estatísticas significativas (MUEHLENKAMP et al., 2012).

Questionar sobre a intenção da autolesão gera dúvidas devido à relatos de jovens que podem afirmar inicialmente que o desejo com a autolesão era de morrer, entretanto, achamos que essa questão exige uma reflexão profunda e que a atribuição de intenção suicida pode ser precipitada. Muitas vezes em situações de extrema angústia e consequente desorganização psíquica, não é raro o indivíduo afirmar que gostaria de colocar um fim no sofrimento e na própria vida, mas talvez essa seja uma forma de expressar o intenso sofrimento psíquico e o desejo de diminuir esse sofrimento, e não necessariamente uma tentativa de suicídio. Podemos ter relatos por exemplo, de indivíduos que afirmam intenção suicida, mas apresentam atos de gravidade leve, como cortes superficiais. Dessa forma, não foi questionado sobre a intenção suicida, no entanto, quando isso apareceu nas falas foi analisado.

O estudo realizado utilizou a definição de comportamento de autolesão sem questionar se existe intenção suicida, compreendendo que a autolesão são atos que causam lesão corporal.

A definição de autolesão utilizada no presente estudo é a mesma apresentada no estudo CASE (*Child and Adolescent Selfharm in Europe*), no qual a autolesão é um ato com resultado não fatal em que o indivíduo realiza um dos seguintes comportamentos: prática de atos com intenção de causar lesão em si; ingestão de substância em dose excessiva do que foi prescrito ou da dose terapêutica conhecida; ingestão de uma droga ilícita ou recreacional em um ato que a pessoa considera ser uma autoagressão; ingestão de substâncias ou objetos não ingeríveis (MADGE et al., 2008), no entanto, devido à grande variedade de comportamentos optou-se por investigar apenas a prática de atos com intenção de causar lesão em si, como os atos de cortes, queimaduras, se bater, coçar, furar a pele com objetos pontiagudos e cutucar a pele até causar ferimentos.

1.2 Sobre a prevalência

Um estudo analisou 128 estudos de prevalências de autolesão no mundo, compreendendo o período de 1993 a 2012, com dados do Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Turquia, Bélgica, Suécia, Suíça, Alemanha, Itália, Nova Zelândia, Austrália, Holanda, Espanha, Noruega, Finlândia, Japão, China e Indonésia. Identificaram que a média de prevalência é de 17,2% em adolescentes (10 a 17 anos), 13,4% em jovens adultos (18 a 24 anos) e 5,5% em adultos (idade igual ou acima de 25 anos) (SWANNELL et al., 2014).

Um outro estudo que analisou a prevalência média de autolesão durante a vida encontrada nos estudos internacionais é de 16,1% (MUEHLENKAMP et al., 2012), ou seja, 16,1% da população geral irá realizar ou realizou autolesão ao menos uma vez na vida.

O estudo CASE (*Child and Adolescent Selfharm in Europe*) foi realizado nas escolas da Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Países Baixos, Noruega e Austrália e teve mais de 30 mil participantes, a maioria com idade entre 15 e 16 anos. Os autores elaboraram um questionário com itens sobre comportamento de autolesão, saúde e estilo de vida, eventos e problemas da vida, características pessoais e psicológicas e atitudes

em relação a autolesão. Os questionários foram aplicados nas escolas com os objetivos de identificar episódios de autolesão, a prevalência dos atos e pensamentos, o método usado, a repetição, os motivos para a prática, a premeditação, o local em que ocorria, as associações com uso de álcool e drogas, hospitalização e se outras pessoas sabiam. Em relação ao sexo feminino, 8,9% relataram comportamento de autolesão no ano anterior, no sexo masculino esse número foi de 2,6%. Além disso, 21,5% indicaram pensamentos de autolesão, mas não realizaram o ato (MADGE et al., 2008).

Dados da Escócia e Irlanda do Norte apontaram que de 5.604 adolescentes, o comportamento de autolesão teve prevalência de 11,4%. Além disso, 12,2% relataram ter pensamentos de autolesão, mas não realizavam o ato (O'CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2012). Já estudo realizado apenas na Irlanda do Norte teve prevalência de 10%, sendo que 21,7% relataram apenas pensamentos de autolesão (O'CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2014).

Nos Estados Unidos, um levantamento com 439 participantes de idade entre 19 a 92 anos, constatou-se prevalência durante a vida de 5,9% (KLONSKY, 2011). Também nos Estados Unidos, estudo com 13.396 estudantes universitários, idade de 18 a 29 anos, encontraram prevalência de 14% (PAUL et al., 2015). Já no Canadá, 666 participantes, todos estudantes universitários e com idade média de 19,1 anos, apresentaram prevalência de 46% no primeiro ano de faculdade (HAMZA; WILLOUGHBY, 2014).

Um estudo chinês com 17.622 participantes com faixa etária de 12 a 24 anos, 17% relataram autolesão nos últimos 12 meses (WAN et al., 2011). Neste mesmo país, outra pesquisa com 6.374 participantes e idade média de 14,72 anos, apresentaram 15% de prevalência de autolesão (YOU et al., 2011). Há ainda outro estudo chinês com 2.435 participantes, com idade de 11 a 16 anos, e prevalência de 24,9% de autolesão no último ano e 13,9% nos últimos 6 meses (YOU; LEUNG; FU, 2012). Já um estudo chinês mais recente, a amostra foi de 4.446 estudantes universitários da área da saúde (medicina, enfermagem, saúde pública ou outro curso da área da saúde) e encontrou prevalência de 9% nos últimos 12 meses (WU et al., 2016).

No Japão, uma pesquisa contou com a participação de 8.620 adolescentes, com idade de 12 a 15 anos, e 9.484 com idade de 16 a 18 anos; no primeiro grupo a

prevalência nos últimos 12 meses foi de 3,3% e no segundo grupo de 4,3% (WATANABE, et al., 2012).

Em Taiwan, 742 estudantes do ensino médio apresentaram prevalência de 11,3% (TSAI et al., 2011). Já em Hong Kong, 3.328 participantes, com idade de 10 a 18 anos, indicaram prevalência de 32,7% no último ano (SHEK; LU; 2012).

Na Bélgica, 1.417 participantes, com idade de 12 a 18 anos, apresentaram prevalência de 13,7% durante a vida (BAETENS et al., 2011). Já outro levantamento neste mesmo país, com 251 participantes e idade de 14 a 19 anos, apresentaram 29,9% de prevalência, também durante a vida (BAETENS; CLAES; WILLEM; MUEHLENKAMP; BIJTTEBIER, 2011).

Na Dinamarca, levantamento com 2.864 participantes, idade média de 17 anos, identificaram prevalência de 21,5% durante a vida e 16,2% nos últimos 12 meses (MØHL; SKANDSEN, 2012).

Na Suécia, 1.663 participantes com idade média de 17 anos, tiveram prevalência de 17,1% durante a vida (LANDSTEDT; GADIN, 2011). Também na Suécia, pesquisa com 992 participantes e idade média de 14,2 anos, indicou 41,5% de prevalência nos últimos 6 meses (LUNDH; et al., 2011).

Na Itália, pesquisa com 234 participantes, com idade de 13 a 22 anos, 41,9% apresentaram histórico de autolesão e 10,2% relataram já ter praticado autolesão quatro vezes ou mais (CERUTTI et al., 2011).

Na Irlanda, 212 adolescentes, de 11 a 13 anos, apresentaram prevalência durante a vida de 5,1% e 1,7% realizaram a autolesão quatro vezes ou mais (COUGHLAN et al., 2014).

Um estudo realizado na Áustria, Alemanha e Suíça tiveram 1.339 participantes, com idade média de 14,98, onde 18,8% relataram comportamento de autolesão nos últimos 6 meses. Ocorreu diferença significativa entre os países, com índices maiores na Alemanha e menores na Suíça. Quando comparados quem realizou de uma a cinco vezes nos últimos 6 meses houve 10,7 % na Alemanha, 8,8% na Áustria, e 4,9% na Suíça (PLENER, 2013).

Na Catalunha, especificamente em Barcelona e arredores, 1.171 participantes, com idade de 12 a 16 anos, apresentaram prevalência de 11,4% nos últimos 12 meses (KIRCHNER et al., 2011).

Em Portugal, 569 participantes, com idade de 12 a 20 anos, apresentaram prevalência de 28% de autolesão durante a vida (GONÇALVES et al., 2012).

Em Istambul (Turquia), de 4.957 participantes, com idade média de 15,5 anos, 14,4% relataram autolesão no ano anterior (EVREN et al., 2014).

Na Austrália, foi realizado um estudo longitudinal de 1992 a 2008, com 1.802 participantes. A idade inicial média dos participantes foi de 15,9 anos e a idade média final de 29 anos. Na fase em que estavam com idade entre 14 e 19 anos, a incidência de autolesão foi de 8%, sendo 10% do sexo feminino e 6% do sexo masculino. Na fase adulto jovem, com idade de 20 a 29 anos, apenas 2,6% continuaram a praticar a autolesão, assim observou-se uma redução, mas não uma interrupção total. Os autores encontraram também que adolescentes com ansiedade e depressão possuem risco maior de realizar autolesão e continuar a prática quando adulto jovem (MORAN et al., 2012).

Na Nova Zelândia, 8.002 participantes, todos estudantes secundários, apresentaram prevalência de 20,9% nos últimos 12 meses (LUCASSEN et al., 2011).

Foi encontrado apenas um estudo de prevalência na América Latina, no Chile, sendo que foram estudados 2.042 adolescentes de 12 a 18 anos. Encontram 23% de prevalência durante a vida e 14% nos últimos seis meses (SPEARS et al., 2014).

Observa-se que estes estudos foram realizados com elevado número de participantes de todo o mundo, que investigam a prevalência de adolescentes e também de jovens adultos. Tais prevalências devem causar preocupação dos órgãos públicos e dos profissionais visto que indicam que a autolesão tem sido realizada amplamente por adolescentes e jovens.

No Brasil, não há estudos sobre prevalência da autolesão.

Nos levantamentos de prevalência observa-se a importância de detalhar o período em que foi questionado sobre a autolesão, já que as taxas relatadas durante a vida, no último ano e nos últimos 6 meses apresentam variações. Também observa-se que entre

adolescentes a prevalência costuma ser maior, mas a autolesão também é relatada por adultos jovens, o que reforça a necessidade de pesquisas nessa faixa etária.

1.3 Sobre os fatores relacionados

Alguns estudos buscam compreender a autolesão investigando fatores de risco para a prática de autolesão e também para a repetição deste comportamento.

Um estudo de revisão encontrou que vários fatores estão associados à autolesão, como o abuso físico ou sexual, bullying, depressão, uso de álcool e drogas, problemas familiares, impulsividade, baixa autoestima, desesperança, dificuldades financeiras e ideação suicida (GREYDANUS; APPLE, 2011). O comportamento de autolesão também foi associado à desesperança, funcionamento familiar, transtorno de personalidade borderline, estresse pós-traumático e histórico de abuso na infância (HAMZA; STEWART; WILLOUGHBY, 2012). Assim como ser do sexo feminino, divórcio parental, morte parental, dificuldades interpessoais, ansiedade e perfeccionismo (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012). O uso de cigarro e maconha também foram relacionados à autolesão (SPEARS et al., 2014).

Uma revisão sistemática realizou um levantamento considerando o termo autolesão não suicida (*non-suicidal self-injury*) e autolesão (*self-harm*) com o intuito de investigar os preditores para o comportamento. Nos estudos que utilizaram o termo autolesão não suicida, os preditores mais citados foram o comportamento de autolesão anterior, depressão, sexo feminino, ideação suicida e estresse psicológico, já os que utilizaram o termo autolesão, foram depressão, sexo feminino, baixa autoestima, uso de álcool e drogas (PLENER et al., 2015).

Experiências de bullying e exposição à autolesão (quando amigos e familiares realizam autolesão) estão relacionadas a autolesão durante a vida no sexo feminino e masculino. O uso de álcool e drogas, abuso físico e sexual e baixa autoestima estão relacionados ao sexo feminino, enquanto não realizar exercícios físicos, preocupação em relação à orientação sexual, impulsividade e ansiedade são fatores de risco associados ao sexo masculino (O'CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2014).

Em relação à repetição da autolesão metade dos indivíduos que praticam autolesão faz isso repetidamente (MADGE, et al., 2008).

Uma revisão sistemática com o objetivo de investigar os fatores de risco para a repetição de autolesão após atendimento hospitalar, encontrou os seguintes fatores, comportamento anterior de autolesão, transtorno de personalidade, falta de esperança, histórico de tratamento psiquiátrico, esquizofrenia, abuso/dependência de álcool, abuso/dependência de drogas e viver sozinho. Alguns fatores foram menos investigados, mas apresentam evidências de moderada associação com a repetição da autolesão, como impulsividade, comorbidades, incapacidade de resolução de problemas, abuso sexual, tratamento psiquiátrico atual, eventos estressantes, problemas de relacionamento familiar e se cortar (LARKIN; BLASI; ARENSMAN, 2014).

Além dos relatos de impulsividade, estresse e baixa autoestima, já citados anteriormente, adolescentes que realizam a autolesão relatam que tem amigos ou familiares que também praticam autolesão (O'CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2012). Em outro estudo, 18,4% relataram que a internet e mídias sociais influenciaram na decisão de autolesão e 36,4% relataram influência de familiares e amigos que realizaram autolesão ou tentativas de suicídio (O'CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2014). É importante refletir sobre a influência da mídia e dos pares no fenômeno da autolesão. Na mídia atual temos relatos de grupos de adolescentes, como nas escolas ou em comunidades virtuais que realizam a autolesão.

Outro importante fator relacionado investigado é o suicídio ou a tentativa de suicídio. Na literatura encontramos estudos com o objetivo de investigar qual a relação entre tentativa de suicídio, suicídio e autolesão, e se um pode ser fator de risco para o outro.

A autolesão e o suicídio são preocupações de saúde pública, principalmente relacionado aos adolescentes, já que são mais comuns nessa faixa etária. Alguns fatores parecem influenciar na autolesão e no suicídio, como a vulnerabilidade genética, fatores psiquiátricos, psicológicos, familiar, social e cultural (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012).

As tentativas de suicídio são mais comuns em adolescentes que praticam autolesão por um longo período, usam diferentes métodos e relatam não sentir dor durante o ato. Pesquisa realizada na Alemanha investigou as prevalências de autolesão sem intenção suicida, tentativas de suicídio, ameaças de suicídio e

ideação suicida e depois realizou comparação com dados de adolescentes nos Estados Unidos. No total participaram 665 adolescentes, com idade entre 14 e 17 anos. Os resultados apresentaram que 25,6% dos adolescentes realizaram pelo menos um ato de autolesão sem intenção suicida durante a vida, 9,5% se machucaram repetidamente (quatro ou mais vezes) e 6,5% tinham histórico de tentativa de suicídio. Os métodos mais utilizados foram coçar, cortar e se bater (PLENER et al., 2009).

Em uma amostra de 189 adolescentes, com idade de 13 a 19 anos, no período de um ano, 24% relataram comportamento de autolesão, entre os adolescentes com comportamento de suicídio esse valor aumentou para 68%. Adolescentes que praticam autolesão e relataram comportamentos de suicídio apresentaram sintomas mais severos de depressão e ansiedade, pobre funcionamento psicossocial, utilizaram mais álcool, apresentaram mais ideação suicida e transtornos do humor quando comparados com um grupo que realiza autolesão, mas não apresentam comportamentos de suicídio (TUISKU et al., 2011).

Já a revisão de literatura com o objetivo de investigar a relação entre autolesão não suicida e o suicídio em adolescentes e adultos verificaram que a autolesão não suicida é um forte preditor para pensamentos e comportamentos de suicídio. Indivíduos que praticam autolesão não suicida são mais propensos a ter altas taxas de ideação suicida e realizar tentativas de suicídio quando comparados com indivíduos que não realizam tais atos (HAMZA; STEWART; WILLOUGHBY, 2012).

Estudo na Irlanda, com adolescentes de 15 a 17 anos, encontraram diferenças de gênero, o sexo masculino quando pratica autolesão tem elevado risco de suicídio. Quando comparadas as taxas de suicídio entre sexo masculino e feminino temos uma proporção de 6 homens para uma mulher, já o sexo feminino relata quatro vezes mais autolesão. As baixas taxas de autolesão no sexo masculino e as altas taxas de suicídio parecem indicar que eles formam um grupo de alto risco (MCMAHON, et al., 2014).

Uma pesquisa realizada de 1976 a 2006, na Inglaterra e País de Gales, teve como objetivo verificar se as taxas de suicídio e autolesão são diferentes entre universitários e jovens da população geral. Das pessoas atendidas aproximadamente 90% tinha idade entre 15 e 24 anos, a taxa de suicídio não apresentou diferença significativa entre os grupos, e os índices de autolesão é menor entre os estudantes da universidade quando

comparados com a população geral. Os autores verificaram aumento de atendimentos hospitalar devido a autolesão no período em que ocorrem os exames principais da universidade (HAWTON et al., 2012).

Dados do setor de urgência psiquiátrica de um hospital-escola, identificaram que em relação a adolescentes (idade de 10 a 24 anos), os de casos de suicídio, lesões autoinfligidas e lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas correspondem de 40% a 51% dos atendimentos. Como no estudo as lesões autoinfligidas foram consideradas todas tentativas de suicídio, não é possível delimitar a partir dos dados a taxa de autolesão (TEIXEIRA; LUIS, 1997).

Machin (2009) considerou lesões autoprovocadas, as tentativas de suicídio, assim como as tentativas de aborto, abuso de drogas e automedicação. Já outro estudo abordou quinze casos de autolesão por queimaduras tratados na Unidade de Queimados, casos graves, que apesar do termo autolesão eram todos tentativas de suicídio (MACEDO; ROSA; SILVA, 2011).

Na recente revisão de literatura com objetivo de verificar a prevalência e principais fatores associados a ideação suicida em adolescentes, os autores investigaram o risco de suicídio e pensamentos de automutilação, considerando que eles assim como a ideação suicida, “envolvem atitudes, desejos e manifestações da intenção de querer morrer” (MOREIRA; BASTOS, P.2, 2015).

Talvez o termo autolesão, lesão autoprovocada ou automutilação seja utilizado no Brasil sem considerar que ele é um fenômeno com suas características próprias e que deve ser diferenciado de outros comportamentos. Nota-se equívocos como considerar o aborto uma forma de autolesão e não diferenciar pensamentos de autolesão da ideação suicida. De maneira geral, os estudos apontam que tanto a autolesão é um fator de risco para o comportamento de suicídio quanto o comportamento de suicídio é um fator de risco para a autolesão. Podemos supor que, assim como as ideações e tentativas de suicídio, a prática de autolesão também pode indicar sofrimento psíquico. Alguns estudos tiveram como objetivos identificar os motivos pelos quais os adolescentes praticavam a autolesão.

Os participantes relataram sensação de alívio após realizarem o ato e que sabiam que ao se machucar iriam se sentir melhor. Relatam também que queriam se livrar de

um terrível estado de mente (estado angustiante), que desejavam morrer, se punir e mostrar o quanto desesperado estavam se sentindo, assustar alguém, descobrir se alguém o ama e para obter atenção (KLINEBERG et al., 2013; SCOLIERS et al., 2009; MADGE et al., 2008). Uma das limitações destes estudos é que são realizados com questionários autoaplicáveis e assim existe um número limitado de opções de motivos, entretanto, são questionários elaborados e validados a partir de estudos anteriores.

Uma pesquisa qualitativa com 39 jovens universitários utilizou entrevistas estruturadas. Os participantes relataram como motivos para a prática de autolesão, liberar a tensão emocional, controlar os sentimentos, colocar para fora emoções intoleráveis e produzir uma dor que poderia controlar. Em relação às consequências da autolesão os participantes apontaram, experiência de dor física, marcas na pele, sensação de controle de si e calma. Relataram sentimentos de sobrecarga, tristeza e frustração antes da autolesão e de alívio e calma depois (KLONSKY, 2009).

É importante a investigação e divulgação dos motivos para a autolesão, pois mostram que estes são complexos e em muitos casos expressam profundo sofrimento, inclusive pensamentos de suicídio (O'CONNOR; RASMUSSEN; HAWTON, 2014).

Em relação à dor, experimento investigando a tolerância à dor e autolesão encontrou que em situação de estresse/angústia os participantes que praticam autolesão apresentaram maior tolerância à dor física, quando comparados aos participantes que não praticam autolesão (GRATZ et al., 2011). Podemos refletir se a vivência da dor física na autolesão é diferente e por isso ela pode ser utilizada para evitar a dor emocional e obter alívio.

1.4 Sobre os estudos realizados no Brasil

No Brasil, são poucos os estudos sobre o tema.

Um estudo realizado para analisar quais fatores influenciaram a autolesão em detentas da Colônia Penal Feminina do Recife teve participação de 279 detentas, sendo que 17% relataram autolesão, destas 47% praticavam a autolesão antes da prisão. Elas apontaram como fatores para a autolesão, alívio da dor psíquica ou sofrimento, raiva, tentativas de manipulação para ter vantagens no presídios, uso de substâncias, desejo

de morrer e chamar a atenção. Não foi identificado caráter compulsivo na maioria das participantes e 68% relataram não sentir dor (CALDAS et al., 2009).

Já uma revisão integrativa para investigar os fatores neuropsicológicos associados à autolesão, no período de 2000 a 2009, encontraram que dificuldades de resolução de problemas e tomada de decisões, impulsividade, regulação emocional e estresse psicológico estão relacionados ao comportamento de autolesão (ARCOVERDE; SOARES, 2012).

Um relato de caso de três jovens, com idade entre 15 a 21 anos, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) aponta que as jovens relataram que a dor da autolesão traz alívio e prazer, também relataram sentimentos de raiva, culpa e duas apresentaram relação simbiótica e ambivalente com a figura materna (CEDARO; NASCIMENTO, 2013).

Um estudo desenvolvido em Belo Horizonte realizou entrevistas e conversas sobre autolesão com a população geral, profissionais da saúde e um professor de psicologia clínica. Os autores observaram que o assunto ainda é um tabu, poucos procuram ajuda e apresentam desejo de manter o comportamento em segredo, acadêmicos relataram conhecimentos de autolesão apenas em casos de psicose, já psicólogos clínicos conheciam a prática e tinham vários exemplos de casos, principalmente de jovens, mas desconheciam a existência de literatura sobre o assunto. A maioria dos jovens relataram conhecer o fenômeno, ter exemplo de amigos e alguns relataram já ter praticado a autolesão (THYSSEN; CAMP, 2014).

Algumas teses e dissertações ainda não publicadas em periódicos foram encontradas. Como o estudo de caso de uma adolescente, que fazia cortes no braço com um compasso para aliviar a angústia. Os autores realizaram uma análise psicanalítica lacaniana utilizando os conceitos de ato, corpo, pulsão e gozo (JATOBÁ, 2010).

Algumas pesquisas foram realizadas por meio de redes sociais, por exemplo, um estudo a partir de uma comunidade do Orkut com praticantes de autolesão encontrou relatos de angústia e alívio momentâneo, de desvio da dor psíquica para a dor física, da percepção do próprio corpo por meio da dor e da dor descrita como prazerosa (DINAMARCO, 2011).

Já outro estudo a partir de comunidades virtuais da rede social Orkut com pessoas que se autolesionam, relataram que alguns descreviam a autolesão como um vício, com tentativas frustradas de interromper a prática, também apresentaram relatos de alívio e o retorno de sentimentos desagradáveis depois de um período. A autolesão era apresentada como uma forma de diminuir o sofrimento psíquico intenso e para alguns era uma alternativa ao suicídio, além disso, alguns discursos consideravam a autolesão uma arte, uma forma de expressão das emoções e também fonte de prazer (ARCOVERDE, 2013).

Outra pesquisa que também utilizou mensagens postadas na internet por adolescentes que relatavam autolesão identificou que a autolesão pode ser usada para diminuir as tensões relacionadas às vivências da adolescência. Os cortes podem ser interpretados como uma forma de delimitar o contorno corporal, também pode ser um pedido de reconhecimento e ajuda. A angústia é presente nos discursos, junto com depoimentos de perdas, solidão e desamparo, e assim, a autolesão é realizada para buscar alívio (FERREIRA, 2014).

Um estudo utilizou postagens do Facebook com o objetivo de compreender o discurso inscrito literalmente no corpo do sujeito e discutiu as falas a partir da Análise do Discurso e da Psicanálise. Apontou que os discursos remetem ao excesso e à falta (conceito discutido por Lacan), no sentido de que, por não saber lidar com a falta, ocorre o excesso, são discursos de dor e angústia, compreendendo a autolesão como uma forma de escrever a angústia na pele (ASSUMPÇÃO, 2016).

Observa-se que muitos estudos brasileiros avaliaram as expressões nas redes sociais visto que muitas comunidades foram criadas para que essas pessoas explicitem seus sentimentos.

Já estudo que realizou entrevista com seis adolescentes, com idade de 12 a 17 anos, que praticavam autolesão e eram atendidas na rede de atenção psicossocial (CAPS Infantil), a autolesão foi compreendida como uma perda de contato com o mundo, que ocorre principalmente em situações onde o ambiente é agressivo e não acolhedor. As adolescentes relataram angústia, vazio, solidão, perdas, busca de alívio, rejeição, abandono, experiências de bullying, além disso, quatro adolescentes relataram tentativas de suicídio (BERNARDES, 2015).

Outro estudo teve como objetivo realizar uma descrição clínica dos pacientes que procuraram tratamento, tendo como principal queixa a automutilação e comparar este grupo com pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Foi observado que na automutilação a impulsividade é maior, já no TOC é maior a compulsividade. As formas mais frequentes foram se cortar, cutucar ferimentos e se bater. Em relação aos motivos os mais frequentes foram, parar sentimentos ruins, aliviar a sensação de vazio, se castigar, sentir algo mesmo que fosse dor e sentir-se relaxado. Após realização de diagnóstico foi observado que nem todos participantes que faziam automutilação tinham o Transtorno de Personalidade Borderline. Em pacientes adultos a automutilação teve início na adolescência e em relação a intensidade variava de moderada a grave (GIUSTI,2013).

Um outro estudo com objetivo de investigar o desempenho executivo de pacientes atendidos em um Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso, que realizavam autolesão e comparar a capacidade de resolução de problemas a um grupo controle, teve 66 participantes. Os pacientes que praticam autolesão foram indivíduos que procuraram atendimento psiquiátrico devido a autolesão e todos apresentaram alguma comorbidade psiquiátrica. O grupo de autolesão apresentou resultados inferiores ao grupo controle em relação a capacidade de resolução de problemas, flexibilidade mental, controle inibitório, planejamento e tomada de decisão. Em relação ao início da autolesão relataram ter feito por sentir angústia, raiva ou outro sentimento desagradável, além de sensação de alívio após a autolesão. Em relação à dor, 51,5% não sente dor e 30% dor leve. As motivações mais frequentes foram parar sentimentos negativos, aliviar sensações de dormência ou vazio, punição, relaxar e sentir alguma coisa, mesmo que dor (GARRETO, 2015).

1.5 Referencial teórico

Entende-se que a psicanálise é uma das formas de realizar uma leitura da autolesão e foi escolhida como referencial teórico por abordar questões que se destacam no fenômeno, como o corpo, a angústia, o sofrimento psíquico, o masoquismo e que vem ao encontro da ideia do sintoma ter múltiplos determinantes.

Dentre as bases teóricas disponíveis optou-se por utilizar a psicanálise freudiana. A escolha de utilizar Freud é por ele ser o fundador da psicanálise, assim a base desta teoria encontra-se em suas obras, além disto, por sua teoria ainda ser atual e explicar vários sintomas contemporâneos. Devido à extensa obra e aos conceitos abordados por Freud, optou-se por focar em alguns conceitos que ao longo da análise de dados se destacaram.

Entretanto, não pode ser descartado o fato de que vários outros conceitos poderiam ter contribuído para a análise, como os textos que discutem a cultura e a sociedade, já que a autolesão parece um fenômeno que traz elementos da nossa sociedade e cultura e talvez seja resultado destes. Para tornar o trabalho viável tivemos que realizar um recorte o que não impede que novas leituras sejam feitas do material, com novos textos e autores.

A partir da observação e atendimentos de pacientes histéricas, Freud investigou o funcionamento psíquico e percebeu a importância da fala e da escuta analítica. A ideia inicial do aparelho psíquico foi apresentada em 1900, na obra “A Interpretação dos Sonhos” (FREUD, 1900), conhecida como primeira tópica, distingue entre inconsciente, pré-consciente e consciente que são considerados sistemas do aparelho psíquico.

Posteriormente, foi elaborada a segunda tópica; nesta o aparelho psíquico é constituído de três instâncias, ego, id e superego. O id é a parte mais antiga do aparelho psíquico, contém tudo que é herdado assim está presente no nascimento e busca a satisfação das necessidades inatas. O ego tem origem a partir do id, recebe estímulos, possui um escudo protetor contra estímulos, é responsável por realizar o intermédio entre id e mundo externo e possui a função de autopreservação, já que realiza a mediação entre os estímulos externos e internos. Assim o ego realiza o intermédio entre as exigências do id, superego e o mundo externo. Na infância ocorre a partir do ego a formação da instância do superego, formado a partir da influência dos pais e da sociedade e que tem como principal função limitar a satisfação (FREUD, 1938).

O desenvolvimento da segunda tópica complementa a primeira tópica. A partir disso, o que antes era considerado como sistemas do aparelho psíquico passa a ser qualidades deste, assim conscientes, pré-conscientes e inconscientes são qualidades que não são fixas e sofrem alterações.

A psicanálise pode ser dividida em três níveis: como método investigativo, como método psicoterápico e como um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas. Os três níveis formam a base da psicanálise. Em relação à investigação, um dos objetivos da psicanálise é buscar o significado inconsciente presente nas falas, ações e sonhos do sujeito (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

A noção de inconsciente é um dos conceitos centrais da psicanálise. Os conteúdos inconscientes são aqueles que não podem naquele momento se tornar consciente. O inconsciente tem como características a ausência de contradição; estar sob domínio do processo primário, caracterizado pela condensação, deslocamento e da mobilidade da energia; atemporalidade e substituição da realidade externa pela psíquica (FREUD, 1915). Apesar de serem inconscientes, esses conteúdos podem ser acessados através da análise dos sonhos, pelos lapsos de linguagem e através da comunicação (verbal ou não).

A psicanálise considera que todo ato psíquico possui um sentido, um significado, nada ocorre por acaso. Essa característica é denominada de determinismo psíquico. Os eventos que parecem sem significado, como os sonhos e o ato falho, são alguns exemplos de processos inconscientes, que ocorrem a todo momento e mesmo os conteúdos inconscientes sendo desconhecidos eles influenciam na vida do sujeito, por isso sua importância (BRENNER, 1987).

A psicanálise busca compreender o funcionamento psíquico, e assim o sofrimento psíquico é investigado profundamente por Freud. A primeira noção de vivência de dor apresentada por ele está no Projeto para uma psicologia científica (1950[1895]). A dor acontece devido ao aumento de excitações e isso era considerado uma falha do dispositivo de proteção do aparelho psíquico. O aumento de excitação gera dor e desprazer, por isso o aparelho tende a realizar descarga. Além disso, é formada uma imagem mnêmica do objeto (hostil) que provoca a dor. Assim na experiência de dor está presente o desprazer e a tendência à descarga.

Em “Além do Princípio de Prazer”, Freud (1920), mantém a ideia de que alguns estímulos são tão intensos que conseguem romper o escudo protetor, essas excitações são denominadas de traumáticas. Quando o escudo protetor é rompido os mecanismos de defesa são acionados e o princípio de prazer não é mais seguido.

A fonte de excitação que rompe o escudo protetor pode ser externa ou interna. Em relação as fontes internas, podemos citar as pulsões, que é definida como um impulso, inerente a vida orgânica, que busca restaurar um estado anterior, que foi obrigada a abandonar por causa de forças perturbadoras (FREUD, 1920).

A energia das pulsões inicialmente está livre e isso gera uma pressão para que ocorra o escoamento (descarga) da energia. Dessa forma, obedece o processo psíquico primário (inconsciente), e por isso a única alternativa que resta ao aparelho psíquico é capturar e ligar essa energia livre. Só quando essa energia é ligada que o aparelho psíquico funcionará sob o domínio do princípio de prazer (FREUD, 1920).

Uma forma que possibilita o escoamento da energia livre é a compulsão à repetição, uma característica das pulsões, ela é mais arcaica e elementar do que o princípio de prazer. A compulsão à repetição está a serviço da pulsão e tem como objetivo o retorno a um estado anterior (FREUD, 1920).

De tal modo, Freud mantém a ideia da existência de excitações que são tão intensas que conseguem romper o escudo protetor, gerando a vivência de dor e a necessidade de escoamento da energia livre. Em Além do Princípio de Prazer é acrescentado os conceitos de pulsão e a compulsão a repetição para explicar como ocorre a vivência de dor e a descarga de energia.

O aumento das tensões no aparelho psíquico normalmente é vivido como desprazer e a diminuição de tensões como prazer. O ego tenta buscar o prazer e evitar o desprazer (FREUD, 1938). É importante destacar que este funcionamento não será seguido no masoquismo.

A angústia produz desprazer e tem como sede o ego. Ela surge em duas situações, em resposta a uma situação de perigo ou como sinal, para evitar uma possível situação de perigo. O nascimento é a primeira vivência de angústia e está relacionada a imaturidade biológica. As defesas e os sintomas são formas de evitar a angústia (FREUD, 1926).

A pulsão, citada anteriormente, pode ser pulsão de vida ou pulsão de morte, a pulsão de vida tem como objetivo a preservação e união, já a pulsão de morte destrói e desfaz conexões. As pulsões atuam sempre juntas. A partir da pulsão de morte Freud aponta para a autodestrutividade, que ocorre quando a pulsão de morte é desviada para

fora do sujeito e é transformada em pulsão de destruição e está relacionada ao superego, “Quando o superego se estabelece, quantidades consideráveis do instinto agressivo fixam-se no interior do ego e lá operam autodestrutivamente” (FREUD, P.163, 1938). Assim parte da pulsão de morte é voltada para o próprio indivíduo e pode gerar comportamentos de autoagressão.

No masoquismo podemos observar uma tendência que tem como meta a autodestruição. Enquanto no sadismo essa pulsão de destruição é voltada para o externo, uma parte da pulsão de destruição originária pode permanecer no interior e nem sempre a agressividade consegue obter satisfação no mundo externo, com isso ela pode voltar e aumentar a quantidade de autodestruição no interior. É importante destacar que “A agressividade impedida parece envolver graves danos; realmente é como se tivéssemos que destruir outras coisas, outras pessoas, para não destruímos a nós mesmos, para nos guardar da tendência à autodestruição.” (FREUD, P.183,1932).

Assim, parte da pulsão de morte está voltada para a destruição e agressão, entretanto, as pulsões não atuam isoladas, elas se ligam em proporções diferentes e regem o funcionamento psíquico. É devido a pulsão de vida que os indivíduos destroem e agredem outras coisas e pessoas ao invés de se autodestruir (FREUD, 1930).

A partir disso, podemos refletir que nas situações que antecedem a autolesão o aparelho psíquico é inundado por excitações que rompem o escudo protetor e que não seguem o princípio de prazer, funcionando sob o domínio do processo primário e buscando o escoamento da energia por meio da compulsão a repetição, no caso específico, as práticas de autolesão. Sendo dessa forma a vivência de uma dor irrepresentável leva a repetição e não proporciona a elaboração psíquica. Por ser inconsciente e assim difícil de ser controlada, a compulsão à repetição ajuda a explicar as situações de repetição de experiências dolorosas.

Também podemos refletir se existe o predomínio das pulsões de morte, devido ao funcionamento primário, a utilização da compulsão à repetição e a autodestrutividade, que é uma das expressões da pulsão de morte. Na autolesão observamos que o próprio corpo é o foco da agressividade, por meio de atos que provocam lesões, como cortes, se bater e queimaduras. Como as pulsões atuam juntas também podemos refletir sobre a pulsão de vida, que tem como função a união e preservação, talvez a autolesão

também tenha o sentido de ligar a angústia e de preservar a vida, pensando na autolesão “como o que é possível” no momento de sofrimento psíquico e desamparo para aquele funcionamento psíquico.

Assim com a utilização da análise de conteúdo embasado na teoria psicanalítica freudiana espera-se uma compreensão além do que é dito pelos participantes, para analisar as questões envolvidas no fenômeno da autolesão.

2 Justificativa

A prática de autolesão parece relacionar-se com vivências difíceis, como abuso físico e sexual, abandono, bullying, depressão, ansiedade, dificuldades familiares, sendo portanto, situações que geram angústias e sofrimento psíquico. Talvez a prática de autolesão forneça indícios de um sofrimento psíquico que é desorganizador e que encontra na autolesão uma forma de alívio.

Entende-se o fenômeno da autolesão como um fenômeno ainda pouco investigado no Brasil, com poucos estudos realizados.

Atualmente, no Brasil, é possível encontrar sites e comunidades virtuais sobre o assunto; em algumas os usuários relatam suas práticas de autolesão e em outras tentam se ajudar para cessar com o comportamento. Além disso, nos atendimentos psicológicos, este não é um relato incomum. Tais evidências mostram que, apesar de pouco investigado, esse comportamento também é realizado por jovens brasileiros, por isso, a necessidade de se refletir sobre o assunto e realizar pesquisas para investigar a prevalência e os significados da autolesão.

Assim, é importante conhecer mais sobre essa prática e compreender os motivos e os significados da autolesão com o objetivo de deixar de considerar tais atos como atos sem significados, visto que essa prática fornece informações importantes sobre os adolescentes e jovens.

Observa-se que parte dos estudos realizados no país foram realizados por meio do conteúdo de mensagens postadas na internet, por pessoas que relatam autolesão, assim, consideramos relevante oferecer um espaço de escuta a essas pessoas, com o intuito de entender melhor esse fenômeno. Dessa forma, entende-se que a pesquisa qualitativa é a mais adequada para investigar os motivos e o significado da autolesão nos jovens brasileiros.

Cabe ressaltar ainda que a falta de preparo de profissionais da saúde, educadores e familiares para lidar com o assunto pode estar relacionada a poucos estudos e investigações sobre o assunto.

Além das prevalências de autolesão, os dados apontam que alguns adolescentes e jovens pensam em realizar a autolesão, mas não o fazem, entretanto, futuramente

podem iniciar a prática. Assim, é importante investigar porque os indivíduos pensam em realizar a autolesão, para posteriormente, se investir em medidas preventivas, como o atendimento psicológico e atividades dentro do ambiente educacional.

Este estudo justifica-se no fato que investigar os motivos e significados da prática de autolesão possibilita conhecer mais sobre esse fenômeno no Brasil, e por consequência, pode gerar discussões entre acadêmicos e profissionais. Além disto, a geração de conhecimento pode auxiliar profissionais a oferecer um melhor acolhimento às pessoas que estão em sofrimento psíquico e a desenvolver ações preventivas.

3 Objetivos

Objetivo geral:

Investigar o fenômeno da autolesão a partir dos significados a ele atribuídos pelos jovens que vivenciam ou vivenciaram tal experiência.

Objetivos específicos:

- Identificar a prática e os motivos de autolesão a partir das experiências de jovens.
- Avaliar a percepção da dor em jovens que praticam ou praticaram autolesão.
- Analisar os significados que esses jovens atribuem a autolesão.
- Propor hipóteses interpretativas fundamentadas nos relatos dos jovens que praticam ou praticaram autolesão embasado na análise de conteúdo e na abordagem psicanalítica freudiana.

4 Material e métodos

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, de caráter qualitativo.

Optou-se pelo método qualitativo visto que estes ajudam a explorar fenômenos pouco compreendidos (POLIT; BECK, 2011), além disso, buscam entender o significado de um fenômeno (TURATO, 2005). Este estudo investiga o fenômeno da autolesão, buscando entender a prática, os motivos, a percepção da dor e os significados relacionados.

Utilizou-se a técnica de autorrelato por meio de entrevistas semiestruturadas, ou seja, seguindo o mesmo roteiro para todos os participantes. As entrevistas semiestruturadas são utilizadas quando alguns tópicos precisam ser abordados na entrevista, e para isso, o entrevistador utiliza um guia de tópicos (POLIT; BECK, 2011). No decorrer da entrevista também é possível questionar sobre assuntos que emergiram na fala dos participantes.

As entrevistas foram trabalhadas com o auxílio da análise de conteúdo de Bardin (2010) e a partir do referencial teórico psicanalítico freudiano, que auxilia na busca dos significados da experiência de autolesão para os participantes.

4.2 Participantes

Participaram deste estudo jovens de 18 a 28 anos. De acordo com a **LEI Nº 12.852, DE 5 DE AGOSTO DE 2013** (que institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE) são considerados jovens as pessoas com idade entre 15 e 29 anos. No entanto, optou-se por não incluir menores de idade nesta pesquisa.

Os jovens foram convidados por meio de convite no site de uma Universidade pública e nos serviços de atendimento psicológico desta mesma Universidade e outros.

Assim, a divulgação nos serviços de atendimento psicológico ocorreu das seguintes formas: após autorizado, cartas convite foram deixadas na instituição (Apêndice I) e solicitado que os psicólogos a entregassem aos pacientes que estivessem dentro da faixa etária delimitada e, no caso do serviço da Universidade, em que havia

uma lista de espera com pessoas com queixa de autolesão, foi solicitado ao psicólogo que enviasse um e-mail com a carta convite para estas pessoas.

Em qualquer meio de divulgação foi solicitado que quem tivesse interesse em participar deveria enviar um e-mail ou ligar para a pesquisadora deste estudo. Assim, foi sempre o participante que entrou em contato com a pesquisadora, apresentando seu interesse em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos e até 29 anos, ser de ambos os sexos, ter praticado ou praticar autolesão, especificamente cortes, queimaduras, se bater, coçar, furar a pele com objetos pontiagudos e cutucar a pele até causar ferimentos.

Por ser uma pesquisa qualitativa inicialmente não se delimitou o número de participantes, já que é esperado alcançar a saturação de conteúdo das respostas, momento em que na coleta de dados percebe-se que não há mais novas informações e a coleta pode ser encerrada (POLIT; BECK, 2011).

A saturação é uma forma de orientar a finalização da coleta de dados e ocorre quando observa-se redundância ou repetição dos dados. A saturação também depende dos objetivos definidos para o estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Fontanella et al. (2011) propõe uma sistematização para verificar a saturação dos dados e sugere os seguintes passos:

1. Disponibilizar os registros de dados “brutos”
2. “Imergir” em cada registro
3. Compilar as análises individuais
4. Reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria
5. Codificar ou nominar os dados
6. Alocar (em uma tabela) os temas e tipos de enunciados
7. Constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria
8. “Visualizar” a saturação

As etapas recomendadas foram seguidas pelo estudo e auxiliaram na detecção da saturação e assim a interrupção da coleta de dados. Pode-se verificar nos quadros apresentados (Apêndice II) que ocorreu uma redução no surgimento de novos temas.

Observa-se que na prática de autolesão há fatores que são gerais, mas alguns aspectos como os motivos parecem ter características individuais relacionadas às experiências subjetivas e objetivas. Assim, consideramos que a redução de novos temas foi significativa e que foi possível obter aspectos que são convergentes nas falas dos participantes e respondem aos objetivos propostos.

4.3 Roteiro para a entrevista semiestruturada

Foi utilizada a entrevista semiestruturada e para isso foi elaborado um roteiro com as questões a serem abordadas (Apêndice III). A elaboração do roteiro foi realizada a partir dos objetivos propostos e discutidos com mais duas pesquisadoras até chegarmos à versão final utilizada no teste piloto.

Com a finalidade de avaliar o roteiro elaborado foi realizado o teste piloto com um participante. Este procedimento é utilizado para garantir maior confiabilidade ao instrumento. Ele possibilita verificar se o instrumento é de fácil compreensão, se existem ambiguidades, se alguma questão deve ser retirada, alterada ou adicionada, se a ordem das perguntas estão adequadas e também fornece a duração média da entrevista (LAKATOS, MARCONI, 2003).

Após a entrevista teste-piloto foi questionado o que o participante achou do roteiro, se ele compreendeu as perguntas e se tinha alguma sugestão de mudança. O teste piloto foi realizado, no entanto, não houve necessidade de alteração do instrumento de coleta de dados, e com isso, os dados dessa entrevista foram incluídos nos resultados. Não se julgou necessário outro teste-piloto visto que não houve qualquer dúvida com relação ao instrumento.

4.4 Local da coleta

Os locais de coleta de dados foram uma sala na Universidade e um consultório de atendimento psicológico, sendo que o participante poderia escolher qual o local seria mais apropriado. Ambos os locais garantiam privacidade aos participantes.

4.5 Considerações éticas

A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice IV) e foi aprovada (número do parecer 1.299.542) (Anexo I).

4.4 Procedimentos

Quando o indivíduo entrava em contato com a pesquisadora, por e-mail ou celular, no primeiro momento era explicado novamente sobre do que se tratava a pesquisa e os critérios de inclusão, era perguntado a idade do indivíduo e que tipo de autolesão já tinha realizado ou realizava. Essa etapa auxiliava na não inclusão de participantes que não correspondiam aos critérios de inclusão.

Aos que atendiam os critérios de inclusão era explicado que a participação consistia em ser entrevistado pela pesquisadora, também psicóloga, que a entrevista durava em média 1h e que o áudio seria gravado. Era destacado que apenas a pesquisadora principal teria acesso ao áudio e que na transcrição qualquer dado que pudesse identificar o participante seria omitido. Caso o indivíduo desejasse continuar era agendada a entrevista. No dia da entrevista a pesquisadora principal lia o termo de consentimento livre e esclarecido com o participante e explicava novamente que faria a gravação de áudio e que apenas ela teria acesso a esse áudio, que realizaria a transcrição e omitiria qualquer coisa que o pudesse identificar. Todos que compareceram assinaram o TCLE e concordaram com a gravação.

As entrevistas foram todas gravadas em áudio e, posteriormente, integralmente transcritas para realizar a análise dos dados. Os dados coletados e posteriormente apresentados omitiram os nomes e qualquer informação que pudessem identificar os participantes.

Após a entrevista, era realizada uma conversa com o participante sobre o conteúdo da entrevista com o intuito de realizar uma devolutiva ao participante, de saber como foi participar da entrevista e como ele estava. Também foi questionado se o participante realizava acompanhamento psicológico, e destacado a importância de

realizar tal acompanhamento, em alguns casos também foi sugerido a procura de atendimento psiquiátrico. Quando o participante não realizava acompanhamento psicológico foi indicado locais da cidade que oferecessem atendimento gratuito e locais com valor reduzido. Quando na entrevista foi identificado urgência do participante em ser atendido, e na ausência de um serviço que pudesse realizar esse atendimento no momento, a pesquisadora ofereceu atendimento de apoio, com objetivo de trabalhar as questões relacionadas ao tema da pesquisa. Durante esse período de atendimento o participante era orientado a procurar locais para dar continuidade ao acompanhamento. Foi proposta a realização de 10 sessões.

4.7 Forma de análise dos resultados

Após as transcrições das entrevistas foi realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2010) com o intuito de verificar as categorias e temas presentes nas falas dos participantes, de acordo com os objetivos da pesquisa. Todas as entrevistas foram analisadas, primeiro individualmente, e após, em conjunto com duas pesquisadoras para que houvesse discussão e análise das categorias e temas que emergiram segundo as falas.

A análise de conteúdo é definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (BARDIN, P.44, 2010).

A análise de conteúdo é uma técnica que auxilia na investigação dos conteúdos presentes nas comunicações, tanto os conteúdos manifestos como os latentes (BARDIN, 2010). Assim ela possibilita uma leitura mais profunda do material utilizado.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo optamos pela análise temática. “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, P.131, 2010).

A análise de conteúdo pode ser dividida em três etapas (BARDIN, 2010)

1. Pré-análise - compreende a organização dos dados, inicialmente é realizada a leitura flutuante e posteriormente as etapas de preparação do material, formulações de hipóteses e objetivos e estabelecimento das regras de categorização e recorte do material.
2. Exploração do material – é a codificação do material, a transformação de dados brutos para uma representação do conteúdo, utilizando as regras estabelecidas na etapa anterior. Nessa etapa é realizada a escolha das categorias e temas.
3. Tratamento dos resultados e interpretações – síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretação dos dados.

Conforme apresentado na introdução além da análise de conteúdo, que é uma técnica de análise dos dados, utilizou-se como referencial teórico a psicanálise freudiana e alguns dos seus conceitos principais como a angústia, luto e melancolia, investimentos libidinais, masoquismo e ideal de ego. Este trabalho se propõe a fazer uma leitura, dentre tantas possíveis, a partir das falas dos participantes e dos conceitos psicanalíticos

5 Resultados

Trinta e quatro pessoas procuraram a pesquisadora com a intenção de participar da pesquisa, no entanto, sete pessoas não atendiam aos critérios de inclusão, oito não continuaram o contato, e assim, não foi possível agendar a entrevista e cinco pessoas marcaram entrevista, mas não compareceram.

Assim, quatorze entrevistas foram realizadas, no entanto, quatro tiveram que ser excluídas por não terem apresentado na fala a intenção de realizar o ato, o que é preconizado pela definição utilizada nesse trabalho.

No total, dez entrevistas foram incluídas na análise.

As entrevistas duraram de 25 minutos a 1h.

Os jovens que participaram da pesquisa tinham idade entre 18 e 28 anos, praticam ou praticaram autolesão, sendo três do sexo masculino e sete do sexo feminino, nove eram estudantes universitários (graduação ou pós) e uma possui o ensino médio completo. Em relação ao tipo de autolesão os participantes realizavam cortes, queimaduras, beliscão, se bater, arranhões, sendo o mais comum os cortes. Em relação aos objetos utilizados os participantes relataram o uso de agulha, garfo, palito de unha, régua quebrada, vidro quebrado, objeto quente, faca, pinça, estilete, gilete, unhas. As autolesões foram realizadas predominantemente nos braços e a idade da primeira vez da autolesão variou de 11 anos a 21 anos. A Tabela 1 traz as características dos participantes.

Tabela 1. Caracterização dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, ocupação tipo de autolesão infringida, objeto utilizado para a prática de autolesão, local da autolesão e idade de início da prática. São Carlos, 2016

| Participante | Sexo | Idade | Ocupação | Tipo | Objeto | Local | Idade de início |
|---------------------|-------------|--------------|------------------------|---|---|--------------|------------------------|
| P1 | F | 18 | universitária | cortes | agulha, palito de unha, garfo, régua quebrada | braços | 14 |
| P2 | M | 24 | universitário | cortes, queimaduras | vidro e objeto quente | braços | 21 |
| P3 | F | 19 | universitária | beliscão, se bater, puxar cabelos | | braços, coxa | 17 |
| P4 | F | 21 | universitária | queimaduras | faca e pinça | braços | 17 ou 18 |
| P5 | F | 21 | universitária | cortes, se bater | faca, estilete | braços | 11 |
| P6 | F | 28 | universitária | cortes | gilete | braços | 17 ou 18 |
| P7 | F | 18 | ensino médio concluído | cortes e arranhões | lâmina para barbear | braços | 14 |
| P8 | M | 18 | universitário | cortes | estilete | braços | |
| P9 | F | 21 | universitária | cortes | unhas | braços | 13 |
| P10 | M | 27 | universitário | cortes, queimaduras, bater a cabeça na parede | faca, unhas | braços, pés | 15 |

Após análise do conteúdo, foi elaborado um quadro geral contendo as categorias, temas e as respectivas falas (Apêndice V). No Quadro 1 estão apresentadas as categorias e os temas que emergiram após validação do conteúdo entre a pesquisadora principal e outras duas pesquisadoras.

Quadro 1 – Categorias e temas que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016.

1. O contexto da prática de autolesão

- 1.1 Tipo
- 1.2 Objeto
- 1.3 Idade de início
- 1.4 Local

2. Sensações e sentimentos

- 2.1 Alívio
- 2.2 Angústia
- 2.3 Culpa
- 2.4 Tristeza
- 2.5 Raiva

3. Motivos

- 3.1 Relacionamentos
 - 3.1.1 Relacionamentos parentais
 - 3.1.2 Abandono
 - 3.1.3 Relacionamentos amorosos
- 3.2 Transtornos mentais
 - 3.2.1 Depressão
 - 3.2.2 Transtorno obsessivo compulsivo
 - 3.2.3 Terror noturno
- 3.3 Fatores acadêmicos e profissionais
- 3.4 Solidão
- 3.5 Abuso sexual
- 3.6 Curiosidade
- 3.7 Não aceitação de si

4. Finalidade

- 4.1 Fuga
- 4.2 Punição
- 4.3 Uma forma de expressão

5. Aspectos associados

- 5.1 Baixa autoestima
- 5.2 Orientação sexual
- 5.3 Necessidade da autolesão
- 5.4 Falta de identificação

6. Os significados e sentidos da dor

6.1 A dor física alivia a dor emocional

6.2 Dor boa

6.3 Intensidade da dor

6.4 Dor desejada

7. Experiências descritas

7.1 Abuso de substâncias

7.2 Pensamentos de suicídio/morte

A categoria “**O contexto da prática de autolesão**” foi formada pelos temas tipo de autolesão realizada, objeto, local do corpo onde a autolesão é realizada e a idade de início. Os temas desta categoria foram apresentados na Tabela 1 juntamente com sexo, idade e ocupação para se obter uma visão geral das características dos participantes e do contexto da prática de autolesão.

A categoria “**Sensações e sentimentos**” possibilita compreender as sensações e sentimentos que permeiam a prática de autolesão, como o **alívio**, **angústia**, **culpa**, **tristeza** e **raiva**. O **alívio** foi citado por todos os participantes, mostrando que todos sentem em alguma medida alívio com a autolesão, já a **angústia** foi citada por cinco participantes, apesar disso, nos discursos dos participantes observa-se a presença de angústia que para alguns não foi possível nomear. A **tristeza** foi citada por quatro participantes, alguns citaram a presença da tristeza antes de se autolesionar, outros apontaram para uma tristeza que ocorre após a autolesão, por pensar que estão se autolesionando. A **culpa** foi citada por quatro participantes e está relacionada a sensação de culpa após a autolesão e para um dos participantes a culpa é o motivador. A **raiva** foi citada por uma participante e é um dos sentimentos que predominam antes da autolesão.

A categoria “**Motivos**” é composta pelos motivos relatados pelos participantes para realizarem a autolesão, assim é o que os participantes declararam como motivos. Nesta categoria, foram citadas experiências subjetivas e objetivas relacionadas à prática, sendo que alguns relataram mais de um motivo. Os temas são **relacionamentos**, relatado por nove participantes, este tema engloba os relacionamentos parentais, amorosos e abandono, **transtornos mentais** relatado por seis participantes, que inclui depressão, transtorno obsessivo compulsivo e terror noturno, **solidão**, relatada por quatro participantes, **fatores profissionais e acadêmicos**, citado por quatro

participantes, **abuso sexual**, citado por um participante, **curiosidade**, relatado por um participante, **não aceitação de si** relatado por um participante. Mesmo observando a individualidade dos motivos verificamos que alguns foram citados por mais de um participante como transtornos mentais, relacionamentos e solidão.

Na categoria “**Finalidade**” está presente os relatos dos participantes sobre o que almejam com a prática. Foram citados **fuga**, **punição** e **uma forma de expressão**. A **fuga** foi citada por três participantes e seria um dos objetivos de praticar a autolesão, já dois participantes relataram que uma das finalidades da autolesão é a **punição**, no caso punir eles próprios e um participante considera a autolesão **uma forma de expressão**.

A categoria de “**Aspectos associados**” é composta por fatores que apesar de não serem relatados como motivos diretos, aparecem relacionados à autolesão, são eles, **baixa autoestima**, **falta de identificação**, **orientação sexual** e **necessidade da autolesão**. A **baixa autoestima** foi citada por quatro participantes, eles relataram não se sentirem bem com o que são, a **orientação sexual** foi citada por três, elas citaram ser bissexuais ou homossexuais e relataram dificuldades da família, amigos e sociedade em geral em aceitar isso, o que gerou experiências difíceis, a **necessidade da autolesão** foi citada por dois participantes e foi abordada como se em alguns momentos houvesse a necessidade de fazer a autolesão, a **falta de identificação** foi citada por uma participante e está relacionada a considerar que na infância e adolescência não teve pessoas com quem se identificar.

Já a categoria “**Os significados e sentidos da dor**” engloba como a dor é vivenciada no contexto da autolesão. Observamos que a dor na autolesão parece adquirir novos sentidos e assim emergiram como temas, **a dor física alivia a dor emocional** citada por nove participantes, **dor boa** citada por cinco participantes, **intensidade da dor** por quatro participantes, e a **dor desejada** relatada por dois.

A categoria “**Experiências descritas**” fornece dados sobre experiências que não estão diretamente relacionadas com a autolesão, mas traz informações em relação ao sofrimento dos participantes e comportamentos. Dentro desta categoria surgiram os temas **abuso de substâncias** citado por cinco participantes e que descreve principalmente o abuso de álcool e medicamentos e **pensamentos de suicídio/morte** citada por cinco participantes.

6 Discussão

O referencial teórico utilizado foi a obra freudiana, mais especificamente os textos O Inconsciente, Narcisismo, Luto e Melancolia, Além do Princípio do Prazer, O Problema Econômico do Masoquismo e Inibições, Sintomas e Angústia. Com base nesta obra, hipóteses foram levantadas para entender o fenômeno da autolesão.

Esta discussão apresenta os temas identificados no conteúdo das falas independente das categorias. Está organizada a partir dos conceitos freudianos e dos temas que dialogam com a teoria, por isto não segue a ordem apresentada segundo as categorias. Além disto, alguns temas estão relacionados a mais de um conceito freudiano, já que são conceitos que se inter-relacionam para explicar o funcionamento psíquico. Cabe ressaltar que as categorias estão apresentadas entre aspas e em negrito e os temas somente em negrito, ambos em letra maiúscula.

Ao analisar as categorias e temas emergentes das entrevistas foi possível pensar nas relações destes temas e categorias entre si, do ponto de vista freudiano, utilizando de forma ampla a dinâmica do luto, melancolia, investimentos libidinais, angústia e masoquismo.

“O luto é, em geral, a reação à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade ou um ideal, etc.” (FREUD, 1917, P.103).

Conforme descrito, a perda no luto pode ser relacionada a pessoas, a fases importantes do ciclo vital, como o fim da adolescência ou um ideal. O que se destaca no luto, e também na melancolia, é a perda de algo e o sofrimento devido a esta perda.

As características do luto são estado de ânimo profundamente doloroso, desinteresse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição da capacidade de realizar tarefas. No processo de luto ocorre o recolhimento e o reinvestimento libidinal (FREUD, 1917).

A percepção de não corresponder ao ideal do ego pode gerar frustração e luto. A frustração decorrente do confronto entre o vivenciado e o ideal do ego parece surgir nos temas **Relacionamentos, Fatores acadêmicos e profissionais, Punição, Raiva, Culpa, Não aceitação de si e Baixa autoestima.**

O tema **Relacionamentos** foi citado por nove participantes, as falas citam relacionamentos parentais e relacionamentos amorosos. Percebe-se que a relação com o mundo externo e especialmente com o outro, apresenta várias dificuldades para os participantes e que os relacionamentos são descritos como motivos para praticar a autolesão, indicando que existe sofrimento nessas relações, e posterior dificuldade de lidar com os sentimentos e conteúdos psíquicos que os relacionamentos com os outros suscitam.

“Então...eu começo a pensar que eu sou um nada, que eu sou um fracasso, que eu faço tudo errado, que eu sou muito burra, essas coisas, mas assim parte desses pensamentos vem da minha mãe, porque quando eu fazia alguma coisa errada ela falava tudo isso pra mim, então eu acho que eu tomei como certo sabe?! Ai quando vem, quando eu tenho crises tudo isso volta, ai eu começo a ter esses pensamentos de novo, que eu não sirvo pra nada, que eu só to dando gastos para os meus pais, essas coisas.” (P3)

“Ah não sei, minha mãe sempre briga muito, porque ela quer que a gente seja de um jeito que eu e os meus irmãos não somos, sabe?! Tipo é....teve uma vez....muito eficiente, etc, coisas que eu não consigo fazer, e ai quando ela brigava por essas coisas que não tem como eu mudar na hora, ai tipo eu ficava magoada e fazia, quando eu voltava pra minha casa tipo e as pessoas brigavam comigo, o que eu tava fazendo aqui, mais ou menos essas coisas.”(P4)

“Eu acho que foi decorrente de alguns problemas familiares...a separação do meu pai e da minha mãe, alguns problemas que o meu pai teve, foi justo numa época que o meu pai ele tentou suicídio, e eu me senti muito mal por isso e desencadeou todas outras crises, bem na mesma semana que ele tentou suicídio um amigo meu morreu, então ai eu passei mais de um ano tendo crises assim todo mês, então eu sempre tinha algum corte no braço, sempre procurava esconder também, e eu tinha mais ou menos 12 anos, entre 11 e 12 anos.”(P5)

“Eu acho que eu fiz no banho, é que os meus pais tinham brigado entre si e depois tavam brigando comigo e com meus irmãos....(...) Eu não lembro exatamente porque eles estavam brigando, só que o meu pai ele era usuário de drogas. Ai a minha mãe como a maioria das pessoas não gosta disso e queria que ele parasse e ele ficava muito estressado e descontava muito na gente e por qualquer coisinha brigava. Ai acho que foi por isso porque também ele é muito estúpido as vezes e preconceituoso e eu não gosto disso...”(P7)

Os participantes relatam marcas dos relacionamentos parentais, cobranças, brigas, e como isto é vivenciado por eles. São conteúdos que retornam e ainda provocam incômodo. Na fala de P5 além dos problemas familiares a participante relata vivências de tentativa de suicídio do pai e morte de um amigo quando criança e como isso a afetou.

As falas parecem destacar duas perdas que causam sofrimento, perceber que não correspondem ao ideal do ego e com isso as cobranças dos pais, e também, perceber que os pais não são mais aqueles idealizados. Estas percepções podem despertar sentimentos ambivalentes.

Ressalta-se nessas falas, o sofrimento interno para atender ao ideal do ego e a perda do ideal de pais.

Inserido em relacionamentos parentais, dois participantes falaram sobre o abandono.

“Bom geralmente começa com pesadelos, pesadelos assim, uma junção dos meus maiores medos assim sabe, meu maior medo, eu tenho comigo essa sensação de abandono, acho que isso vem tipo desde o meu pai, minha mãe depois também.” (P1)

“O meu pai também foi embora de casa quando eu tinha 13 anos e ai ele voltou a dar notícias também....ele voltou a ligar pra casa e depois de um tempo ele apareceu e eu fiquei muito ruim por causa disso também.”(P4)

Tais falas parecem experiências de abandono que ocorreram e que aparentemente não foram elaboradas. A não elaboração provoca revivências da

experiência de abandono que parecem deixar marcas no psiquismo. Na fala de P1 fica explícito que a sensação de abandono continua.

O abandono parece relacionado à perda parental, ocorre tanto a perda pelo abandono em si, quanto a perda de um ideal de pais, que amem e protejam os filhos.

Os relacionamentos amorosos são ilustrados pelas seguintes falas.

“Eu tava, foi na oitava série na escola, foi na escola, foi depois que eu tinha meio que terminado meu primeiro namoro, não era bem um namoro, mas aquela coisa de criança e tudo mais.”(P1) (a primeira vez que se cortou)

“É...eu acho que tipo eu tenho alguns problemas com...não é problemas, problemas meus na verdade, com a minha namorada, ai eu acabo...alguma coisa não sai do jeito que eu quero ai eu acabo fazendo isso tipo pra aliviar da dor que eu sinto emocionalmente sabe?! (...) Então eu sou muito...qualquer coisa que não dê certo, que ela (namorada) não faça do jeito que eu quero, eu me sinto muito mal, me sinto deprimido, eu fico chateado, as vezes acabo exigindo demais dela, brigando, alguma coisa assim sabe?! ai eu acabo tomando, as vezes eu tomo remédio ou faço isso, essas autolesões. (...)Sempre, todas elas são relacionadas a isso (ao namoro).”(P2)

“Eu também comecei a namorar muito cedo, comecei um relacionamento com 13 anos que foi até os 17, eu acho que isso foi bastante problemático, no sentido assim de que eu era muito nova e eu acho que isso também condicionou muita coisa. E ai quando esse relacionamento acabou, durou ai quase 5 anos né...eu tive depressão, e ai nesse período eu comecei a me cortar, a tomar remédio, beber muito, uns comportamentos um tanto quanto autodestrutivos.”(P6)

“Eu brigava muito com a minha namorada também, cada vez mais, fazia um tempão que eu queria terminar porque a gente só brigava, não fazia bem nem pra mim e nem pra ela.”(P8)

“Eu sempre fui, todo mundo acha o contrário, mas eu sempre fui muito tímido, muito tímido, mesmo assim, em especial com mulher, chegava a ser patológico sabe?! se eu tinha que falar com uma menina do meu interesse eu quero dizer, não qualquer menina, eu travava, suava frio, eu travava mesmo sabe?! E eu sempre me culpei muito por causa disso (...)A timidez é uma fobia praticamente relacionada ao sexo oposto, mas é fobia mesmo, é fóbico, é um negócio assim eu travo, eu começo a suar frio, eu fico mudo, isso desde os 11,12 anos.”(P.10)

Essas falas expressam términos e frustrações. O sofrimento da vivência dos relacionamentos ou de não estar em um relacionamento pode gerar sofrimento e ser desorganizador. Algumas falas podem ser entendidas como perdas e lembram o processo do luto, parecem suscitar a dor de lidar com a frustração.

No luto, o indivíduo precisa retirar a libido investida no objeto perdido, este é um processo difícil e doloroso e por isso é realizado de forma gradual (FREUD, 1917).

A partir do que foi apresentado anteriormente, podemos pensar na autolesão como uma forma de reação às perdas.

Inicialmente, no desenvolvimento, a libido é dirigida ao ego e posteriormente ocorre o investimento da libido em objetos. Freud descreveu esse mecanismo como narcisismo (FREUD 1914).

Mesmo com o investimento libidinal em objetos, parte da libido permanece no ego, as quantidades dirigidas para estes investimentos podem sofrer alterações. Por exemplo, quando o indivíduo adocece, ocorre o retorno de investimentos libidinais para o ego, e com a melhora, a libido pode voltar a ser investida no mundo externo (FREUD, 1914).

Em algumas situações, portanto, a libido volta para o ego, como no luto, na melancolia, no adoecimento físico e psíquico. Pode-se hipotetizar, pelas falas, sobre esse mecanismo em relação à autolesão em que aparece o sujeito evocando vivências do passado e realizando atos que tem como alvo o próprio corpo. Assim, o sujeito angustiado volta-se para si e tenta, a partir do próprio corpo, diminuir essa excitação que parece ultrapassar os limites tolerados pelo seu aparelho psíquico e que necessita de descarga.

Um conceito importante desenvolvido a partir do narcisismo é o de ideal do ego. Freud (1914) apresenta que, a partir do ideal do ego, o sujeito compara o que gostaria de ser com seu ego atual. Assim, o ideal do ego é um resquício do narcisismo, “o que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal” (FREUD, 1914 P. 40).

Os **Fatores acadêmicos e profissionais** foram relatados por quatro participantes.

“Foi no primeiro semestre do primeiro ano, que assim eu vim direto da escola pra faculdade, então eu tava acostumada a tirar só nota alta, essas coisas, e na primeira prova como eu não sabia como estudar direito ainda, eu tirei 3, nossa eu comecei a me sentir burra, eu comecei, foi horrível, eu comecei a chorar muito, foi a primeira crise e eu comecei a me machucar, mas era só beliscão primeiro, e puxão de cabelo, depois que foi pra tapa.” (P3)

“Quando eu reprovava de matéria.” (P4) (fazia autolesão)

“Também de eu não conseguir dar conta dos compromissos que eu assumi (...) Muito estressado, muito muito estressado, porque a graduação tava pesada, eu tava com muita coisa fora da graduação também.”(P8)

“O que tá acontecendo é o mesmo que aconteceu há muito tempo atrás, que é eu seguir o fluxo e não parar pra pensar sabe?! só que a diferença que eu tenho 27 anos, não tenho 20, o mercado de trabalho já é uma coisa um pouco mais complicada, já exige experiência, e é uma coisa que eu não tenho, então a situação agravou um pouquinho entendeu?!” (P10)

Perceber que não correspondem ao ideal do ego parece ser causador de frustração e angústia. Alguns participantes relatam uma ligação direta entre a frustração e fazer a autolesão, como se fosse uma forma de punição.

A **Punição**, citado por dois participantes é um tema que traz conteúdos de auto recriminações. Freud aborda que na melancolia o indivíduo “insulta a si mesmo e espera ser rejeitado e punido” (FREUD, 1917, P.105).

“As vezes eu não me sinto boa o suficiente pras coisas que eu faço, que eu não to fazendo as coisas boa o suficiente do que eu poderia e tudo mais, eu fico brava comigo, por isso é como se eu tivesse que pagar por isso de alguma maneira.” (P1)

“Eu sempre me culpei muito pelas minhas falhas então geralmente quando eu me cortava era com a intenção de me punir, punir o culpado, que no caso era eu, de me destruir mesmo(...) Eu ainda me culpo por tudo de errado na minha vida e eu me mutilo porque eu to me destruindo de propósito(...) Porque eu to punindo o culpado e o culpado sou eu, e eu vou continuar sendo o culpado até de alguma forma conseguir reverter a minha situação, essa timidez, essa questão do trabalho, sucesso no trabalho sabe?! Até eu consegui reverter isso eu vou continuar me achando culpado e vou continuar me destruindo do mesmo jeito.” (P10)

Neste tema, as falas remetem ao julgamento que os participantes fazem de si, parecem rígidos consigo, como se não fossem bons o suficiente. Em alguns temas eles abordam o julgamento e o que é esperado pelos outros e aqui observamos o julgamento que eles fazem e a autopunição. Eles se julgam e se punem.

Os participantes se recriminam pelo que não são e acham que precisam ser punidos, nesses casos, uma punição física é realizada por eles.

Um tema próximo a **Punição** é a **Raiva**, citada por uma participante.

“Eu me sinto um pouco com raiva, assim é um pouco com raiva, assim, sei lá, por algum motivo eu penso que as decisões que eu fiz, algumas parecem erradas, então eu me sinto culpada por isso, e eu fico com raiva das coisas em geral sabe. (...) Ah não sei, as coisas que me deixam chateada sabe?! alguns dos sentimentos e eu fico com raiva deles tipo....sei lá por conta do estágio que foi essa última vez...eu fiquei com raiva por ter que voltar pra ficar aqui e não poder ficar na minha cidade, e todo esse tipo de coisa sabe?!”

ai vai puxando raiva das outras coisas, tipo...do pessoal de casa e coisas do tipo. É basicamente raiva mesmo.” (P1)

Na fala é possível notar a relação da raiva com o ideal do ego, como se ela não estivesse bem em consequência das escolhas que fez, e por isso, ela se pune. Nota-se também uma dificuldade de suportar o sentimento de raiva.

O superego é formado a partir do ego e influenciado pelas relações, inicialmente com os pais, e posteriormente, por pessoas como os professores, heróis e autoridades. O superego exerce a função de consciência moral e devido à tensão entre ego e superego surge o sentimento de culpa, tensão que ocorre porque o ego percebe que não atende ao ideal imposto pelo superego (FREUD, 1924). O superego pode ser rígido com o ego. “O superego – a consciência moral ativa dentro dele – pode então tornar-se duro, cruel, inclemente contra o próprio ego pelo qual ele zela.” (FREUD, 1924, P. 112).

Assim, não corresponder ao ideal do ego imposto pelo superego pode provocar um conflito, e consequências, como o sentimento de culpa.

O tema **Culpa** foi relatado por quatro participantes.

“Passando um certo tempo eu já fico meio que poxa, eu não precisava ter feito isso ai eu fico me sentindo meio culpada. Eu me sinto culpada depois. (...) E minha namorada agora...inclusive ela ficou brava comigo esse final de semana, eu não ia contar, mas ela acabou vendo também, então eles ligam, na hora eu acho que ninguém vai ligar assim, e então eu acabo fazendo, mas depois quando eu sinto aquela coisa de culpa por ter feito, ai eu penso nas pessoas que vão ligar e acabo ficando mais culpada ainda.” (P1)

“Na hora eu queria fazer, só que depois eu ficava, eu não devia ter feito isso era como um arrependimento na hora, mas eu queria fazer e não queria, era assim.” (P7)

“Melhora na hora, só que ai depois junto com a tristeza, que não passa totalmente, vem a culpa sabe?! que ai eu fico olhando e fico....eu olho assim e falo que ridículo, porque no fundo é meio ridículo sabe?!(...) Não é a mesma coisa, mas uma analogia boa é quando você come muito, depois que você come você deita no sofá, você tá tipo

satisfeito, mas também se sente culpado porque comeu demais, é mais ou menos essa sensação assim, você deita e fica....ao mesmo tempo que é uma sensação boa também te traz uma certa culpa.”(P9)

“Depois já volta toda essa enxurrada de sentimentos que eu te falei, volta culpa, volta o fato de eu estar no mesmo lugar, não ter mudado nada, de eu estar o mesmo. (...)Eu me culpo por tudo de errado na minha vida, eu tenho aquela voz que diz que tudo errado foi porque eu não me esforcei o suficiente(...) Eu acho que tem mais a ver com culpa, de eu me culpar pela timidez, de eu me culpar por ser impotente a respeito dela, de eu me culpar por eu ter errado na escolha do curso, de eu me culpar por não saber o que fazer da minha vida agora, acho que tem mais a ver com culpa e com atacar o culpado, eu. (...) Eu sentia que eu era o culpado por tudo e que eu tinha que sofrer por isso (...) Porque eu era o culpado, porque eu não me esforçava bastante, porque sei lá, todo mundo conseguia e eu não conseguia, eu sempre me comparei muito aos outros sabe?! e infelizmente pelo menos nesse aspecto eu sempre fui inferior, pelo menos na minha cabeça (...) Sim (se sente culpado). Quando eu me corto sim, antes e depois, porque acho que depois eu também percebo que eu não mudei nada sabe?! só me flagelei, possivelmente minha mãe, alguém que me ama vai ver aquilo, vai ficar sofrendo e eu só piorei a situação (...) Ainda pior, eu me olho no espelho e falo a culpa é sua.....a culpa é sua. O que só aumenta o meu ódio, o que só aumenta a minha vontade de me cortar (...)E tudo isso que eu falei até hoje é verdade, nada mudou, nada melhorou, o tempo passou e piorou.” (P10)

Em todas estas falas apresentadas, nota-se o sentimento de culpa após realizar a autolesão, o que pode ter relação com o superego e com a percepção de não atender ao ideal do ego. Apenas um relata culpa antes, que é uma das motivações para autolesionar-se. Mesmo com a sensação de alívio e de melhora do sofrimento psíquico existe associado o sentimento de culpa, no sentido de que não deveriam ter feito a autolesão, o que reforça a ideia do superego rígido.

Também nesse tema observa-se novamente a importância dos relacionamentos afetivos e de como as pessoas podem ficar incomodadas ou sofrer ao saberem da

autolesão, talvez a culpa também esteja relacionada com o que outro vai pensar e falar sobre isso. Uma preocupação que pode estar relacionada com o assunto ser permeado por estigmas e pouco discutido na sociedade.

Já a **Não aceitação de si** foi apresentada por uma participante.

“Na maioria das vezes era quando....era porque eu não gostava do meu corpo em si, porque eu era muito excluída na escola, todas essas coisas, porque as pessoas me achavam estranha, porque eu não era tão bonitinha de acordo com eles, eu sou muito magra também, não tenho peso pra quase nada, não tenho o corpo certinho e tudo mais ai, eu não gostava de mim ai eu fazia também por causa disso. Mas agora eu estou tentando me aceitar.” (P7)

Nesta fala a participante relata não gostar do próprio corpo e que ele está em desacordo com os parâmetros do que a sociedade entende como um corpo bonito. Parece que ela se descreve como não atingindo um ideal, se frustra, mas busca aceitar o próprio corpo. A participante relata a experiência dela que aponta o fato de não atingir um ideal de corpo e este ser um motivo para se cortar.

A **Baixa autoestima** foi citada por quatro participantes.

“A minha autoestima foi ficando um pouco mais baixa e tipo eu ficando olhando, sei lá, rede social de outra pessoa e pensando, ou mesmo vendo na rua e pensando nossa tipo a vida dela é melhor que a minha.” (P1)

“Isso desencadeou alguns problemas com autoestima por causa dos cortes, ter que esconder o corpo, as lesões também, ter que esconder o corpo.” (P5)

“Uma coisa que eu sempre tive assim e ainda tenho um pouco é não me achar bom em nada do que eu faço sabe?! Ser sempre medíocre ou pior ou péssimo em tudo que eu faço, eu penso isso, ai esse sentimento se acentuou muito naquela época sabe?! (...) Sentia assim ah não sou bom em nada, não faço diferença. (...) Eu me sentia....como eu

posso dizer, é impotente daquele jeito de não conseguir fazer nada direito, não ser bom em nada....é....sentir que eu queria sumir mesmo sabe?!”(P8)

“Cada dia que passa eu olho e falo se você tivesse se esforçado, se você tivesse feito isso, pensamento contra factual, e se, e se....isso só aumenta...minha autoestima é um lixo, minha autoconfiança é negativa, zero, basicamente eu me olho no espelho e vejo um fracasso de ser humano....ai eu tenho vontade de fazer coisas, mas eu não faço porque tem gente que vai sofrer com isso, eu vou deixar a sujeira para outras pessoas e isso não é justo.” (P10)

Nestas falas percebe-se novamente a questão da autoestima relacionada com o ideal do ego, por não corresponderem ao que gostariam de ser e também por uma comparação com outras pessoas, as quais são percebidas como melhores. Nota-se também a depreciação de si associada ao ideal do ego e como forma de autoagressão.

As cicatrizes decorrentes dos cortes igualmente remetem ao ideal do ego e ao julgamento que poderiam suscitar. Assim, as falas de **Baixa autoestima** parecem evidenciar frustrações relacionadas de várias formas ao ideal do ego redundando em auto depreciação.

Ao discutir a auto depreciação na melancolia, Freud (1917) aponta que

...as auto recriminações são recriminações dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio Eu.(...) Entretanto, não devemos nos surpreender se encontrarmos, entre acusações que se voltaram contra o próprio Eu, algumas auto recriminações genuínas; elas podem estar em primeiro plano apenas para encobrir as outras e tornar impossível identificar o que realmente está em jogo. (FREUD 1917, P.107).

Vale destacar que se trata de um processo inconsciente, assim, o próprio indivíduo não tem consciência de que as recriminações são dirigidas ao objeto amado.

O indivíduo perde o objeto, mas não renuncia ao amor pelo objeto, o amor dirige-se para a identificação narcísica e passa a aparecer como ódio sobre o objeto substituto. Com as auto recriminações, o indivíduo sofre e sente uma satisfação sádica decorrente desse sofrimento. Assim, o prazer da autoflagelação realizada pelo melancólico indica a

satisfação de tendências sádicas e de ódio (FREUD 1917). Ao mesmo tempo que sofre com as auto recriminações, sente prazer.

Os **Pensamentos de suicídio/morte**, **Solidão**, depressão e **Tristeza** parecem relacionar-se à melancolia. A depressão está englobada no tema **Transtornos mentais**.

A presença do sadismo na melancolia ajuda a explicar a tendência ao suicídio (FREUD 1917).

O Eu somente pode matar a si mesmo se conseguir, através do retorno do investimento objetal, tratar a si próprio como um objeto, isto é, se puder dirigir contra si a hostilidade originalmente destinada a um objeto, hostilidade esta que, em verdade, está no lugar da reação original do Eu contra objetos do mundo externo. (FREUD, 1917, P.111)

O tema **Pensamentos de suicídio/morte** foi citado por cinco dos participantes.

“Ah sei lá, era geralmente nos momentos em que vinha aquela sensação de abandono porque parecia que ninguém ia se importar se eu não...se eu não tivesse aqui as coisas iam continuar acontecendo da maneira que deveria, então eu não...sei lá, ai eu ficava pensando em prós e contras de se fazer isso, e ou sei lá, maneiras também, mas sei lá, eu nunca, depois pouquíssimo tempo depois eu já mandava eu parar de ser idiota e meio que afastava isso assim.” (P1)

“Quando eu comecei a ter o TOC eu não entendia o que era né, porque eu comecei a ter no primeiro ano da faculdade e começava a vim um monte de pensamentos de que eu não fazia diferença no mundo sabe?! se eu me matasse agora não ia mudar nada.” (P3)

“Ai tinha aula que eu nem conseguia ficar na sala, saia chorando. Não sei me sentia meio fraca por....ah porque ele falava lá (em um livro sobre suicídio), não sei....antes de vir pra cá eu pensava muito em me matar também. Só que eu nunca tive coragem, eu achava que eu era fraca, por isso também, e ai ele falava todas essas coisas, foi uma época que eu fiz muito também. (...) Ah eu nunca teria coragem de...ah de fazer coisas que me ferissem sabe?! Que me fizesse sentir muita dor....e também eu ficava pensando ah eu poderia, sei lá, me jogar na frente de um carro ou alguma coisa, mas eu também nunca fiz porque ficava pensando na minha mãe, na minha família né.” (P4)

“Ah eu não pensei assim um jeito de me matar, mas se eu me matasse se eu fizesse isso....é...sei lá, seria meio que egoísmo de certa forma, pelos meus amigos, pela minha família e tal, por mais que eu não me sentisse querido, na minha família sim, mas nos grupos de amigos em geral, nunca me sentia querido, nunca me senti parte de nada sabe?! sempre me senti em segundo plano, ai esse pensamento eu entro nisso motivado no pensamento de que eu não faço diferença sabe?!(...) Eu acho que eu também fiz isso pra não fazer uma coisa pior sabe?! Ou uma coisa mais drástica, como ter tentado ir embora, ter tentado me matar, alguma coisa assim.” (P8)

“Eu só não me matei por causa da minha família.(...) Tenho planos, mais de um (...) Ninguém quer morrer, nem eu, mas as vezes a dor é tão grande que você quer se ver livre dela, de uma vez por todas.” (P10)

Nas falas, o que se destaca é a relação com os outros. Os participantes falam sobre não se sentirem amados e que sua presença no mundo não faz diferença na vida das pessoas. Por outro lado, alguns apontam que não cometem o suicídio por causa dos familiares e pessoas próximas, mostrando novamente a importância dessas relações.

Os pensamentos de suicídio e a autolesão podem ser indícios da dor mental que ultrapassa os limites suportados por esses aparelhos psíquicos. O participante P10 traz uma fala interessante, apesar dos planos de suicídio afirma não querer morrer, o desejo é de acabar com a dor psíquica, assim, o suicídio aparece como uma “saída” para o sofrimento, e talvez, a autolesão seja uma alternativa encontrada por estes sujeitos para não cometer o suicídio, já que os relatos são de que a autolesão ajuda a diminuir, momentaneamente, a dor psíquica.

A melancolia possui as mesmas características do luto e mais a depreciação do sentimento de si. No luto, o que foi perdido é melhor delimitado, o que já não acontece na melancolia, nela pode acontecer situações em que não se sabe claramente o que foi perdido ou, em outras situações, o indivíduo sabe quem ele perdeu, mas não sabe o que se perdeu com a ausência do objeto amado. Assim, na melancolia a perda de objeto

pode ser inconsciente, o que pode levar o indivíduo a não conseguir explicar o que se perdeu (FREUD, 1917).

A **Solidão** foi relatada por quatro participantes.

“Só que eu consegui um estágio aqui né, no final do ano, e aí eu tive que ficar nas férias aqui, e aí em janeiro no começo eu tava muito, sei lá, porque o pessoal que eu conhecia daqui não tava aqui, então eu fiquei bem sozinha e isso começou a pesar um pouco.”
(P1)

“Geralmente eu fazia isso mais quando tava sozinha em casa, acho que também ficar sozinha alimentava certas coisas e essa vontade de se cortar também né.” (P6)

“Eu me cortei porquê...eu não tinha pra onde fugir, não tinha pra quem contar, fazia um tempo que eu não conseguia me abrir com a minha mãe sobre essas coisas, agora eu tenho me aproximado mais dela e tal, mas eu não conseguia contar essas coisas pra ela, não só as coisas do meu pai, mas eu não tinha ninguém pra conversar, mesmo a minha ex namorada, uma das coisas que me fizeram querer terminar é que eu não sentia que ela era minha amiga, e aí eu...a gente tem que ser amigo, mas sei lá, eu não tinha assim um amigo pra contar, não tinha alguém pra desabafar, então eu não tinha pra onde fugir, eu fugia pra mim mesmo”(P8).

“A última vez fazia vários dias que eu tava muito muito mal, tava até sem ir na aula e aí eu tava em casa, e aí eu comecei a beber e aí eu chorava compulsivamente assim, não tinha ninguém pra conversar nem nada e aí eu fiz isso, a última vez que eu me lembro foi isso.” (P9)

Os participantes remetem à dificuldade de estar sozinho, de suportar os próprios sentimentos e angústias. Em alguns momentos os participantes atribuem à solidão as causas externas, mas posteriormente, parece ficar mais evidente ser um sentimento de solidão interno e como é sofrido lidar com esse sentimento.

A depressão foi citada por quatro participantes. O que atualmente denominamos de depressão anteriormente foi discutido por Freud como melancolia. Freud (1917) destaca que no luto ocorre o empobrecimento do mundo e na melancolia temos o empobrecimento do ego.

“Ah eu tive depressão né, assim, nesse período que eu me cortava.” (P6)

“Acho que o ponto de eu começar a me cortar foi quando eu descobri a minha depressão, que hoje eu trato ela e tudo mais, ai já ficava mal com quase tudo, eu já não me sentia bem comigo, não me sentia bem em casa....quase nada me agradava, me sentia muito solitária, muito triste.”(P7)

“Eu tenho depressão desde os 13 anos e com 13 foi a primeira vez que eu fiz isso também. Ai o ano passado piorou a depressão e ai eu tava numa crise e fiz isso.” (P9)

“Eu comecei com 15 anos, na época eu acho que ninguém da minha família deu muita atenção pra isso....ai começou a agravar, com 17 anos eu já tava com depressão...eu cheguei a ser atendido, devo tá acho que no meu oitavo antidepressivo já, eu to fazendo terapia inclusive, já no oitavo antidepressivo, sinceramente eu não vejo melhora nenhuma.” (P10)

Os participantes relacionam estar em depressão e executar o ato de se cortar. Talvez ocorra uma volta para si, uma introspecção e uma tentativa de lidar com a depressão por meio da autolesão. Não sabemos se a autolesão também é uma forma de experienciar sensações e sentimentos diferentes dos relacionados a depressão. Talvez uma forma de sentir que além da depressão existe um sujeito que vive e que deseja se sentir vivo?

A **Tristeza** também foi um tema e foi citada por quatro participantes.

“Geralmente eu to com muita....muito, muito triste, as vezes eu choro, as vezes eu não consigo chorar e ai eu não sei, me passa pela cabeça isso, e ai eu faço.” (P4)

“Só que também tem aquela questão do...da consciência de que você tá se auto lesionando e que isso não é uma coisa boa pra você....então são dois sentimentos misturados né, essa questão do alívio, to voltando, mas também a questão da tristeza, do que você tá fazendo com você mesmo, então são duas coisas opostas ao mesmo tempo. (...) É triste, é triste pensar assim que você chegou nesse ponto.” (P5)

“Ah eu tava muito triste na época né, acho que na época eu só conseguia associar ao namoro, depois tem muita coisa, mas hoje eu vejo que eram outras coisas né. Essa falta, por exemplo, de identificação, de.....ai de conseguir me sentir pertencente a alguma coisa né assim, acho que...falta de amigos também, eu acho que isso foi...na hora eu coloquei tudo no mesmo saco mas não tava né.” (P6)

“Não tinha acontecido nada assim para falar foi isso, mas desde que eu me lembro assim eu sinto umas tristezas muito nada a ver sabe?! E ai eu lembro que esse dia era um desses dias assim (...) Tem as tristezas que a gente fala ah to triste por causa disso, e ai tem essas tristezas que, sei lá, é um aglomerado de sensações estranhas que te deixa muito triste, e não tem uma coisa específica.” (P9)

As falas de **tristeza** aludem a experiências de perdas. Em algumas situações o que foi perdido é facilmente identificado pelo indivíduo, mas como citado anteriormente na melancolia é possível ter a sensação de perda, sem conseguir nomear o que foi perdido, o que parece ser o caso de alguns participantes.

Também foi relatada a tristeza por fazer a autolesão, isto pode remeter ao ideal do ego e a percepção de não conseguir alcançar este ideal, talvez também ocorra o questionamento de porque faz isso, porque utiliza esse recurso para lidar com a angústia.

O tema **Angústia** foi relatado por cinco participantes, e apesar de nem todos nomearem o que sentem como angústia é possível perceber-lá nos discursos, como se em alguns momentos a angústia invadissem e tomassem conta do aparelho psíquico e a autolesão aparece como uma forma de descarga. A angústia parece ser predominante nesses participantes.

A angústia tem como sede o ego e surge em duas situações, em resposta a uma situação de perigo ou como aviso, para evitar uma possível situação de perigo. Para Freud, a situação de perigo, está relacionada em última análise ao temor da separação e da perda do objeto (FREUD, 1926).

O nascimento é a primeira vivência de angústia, assim é a experiência protótipo de angústia e ocorre devido à imaturidade biológica. É possível observar que a dependência do bebê é primeiramente uma dependência biológica, ele necessita de cuidados da figura materna para sobreviver, o que gera as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que estará sempre presente. O núcleo da situação de perigo está relacionado ao nosso desamparo em relação a ela e Freud distingue o desamparo físico do bebê, do desamparo psíquico. A angústia ligada à perda do objeto é a angústia automática, ela é involuntária, já a angústia ligada ao temor da perda do objeto é a angústia sinal, ligada ao desamparo psíquico. O ego busca evitar a angústia e para isso pode utilizar defesas e a formação de sintomas (FREUD, 1926).

“Ah é que parece que você tá meio que se sufocando sabe?! Aquele sentimento de angústia, você quer, sei lá, fugir e tudo mais. Fica aquela coisa parada assim no peito e tal na garganta também e tudo mais (...) E aí é essa coisa mesmo de ficar desesperado, querendo fugir de alguma coisa assim, que eu não sei o que é na verdade, mas é esse sentimento de sei lá, tá sozinha, essa angústia mesmo.” (P1)

“Eu me sinto muito, eu não sei, uma angústia, ah não sei descrever direito, mas eu me sinto muito, muito...é mais angustiada assim, triste também, acho que é mais angustiada, triste também, mas acho que é mais angustiada assim.” (P2)

“Acho que uma angústia assim, principalmente, muito grande das coisas (...) Muita angústia, uma coisa muito pesada sabe, coração pesado.” (P6)

“Não sei, eu tava me sentindo muito angustiada sabe?!”(P8)

“Ah essa é a pior, dor psicológica....olha eu não sei te falar como fica, porque até hoje eu não sei como fica, eu sei que eu to quase sempre angustiado, muito angustiado, já levei isso em terapia, já troquei de remédio um monte de vez, os antidepressivos que eu tomei nunca melhorou nada, ai junta angústia com culpa, com falta de esperança, com desejo de morte (...) Angústia é uma coisa assim que eu sei que eu não vou viver sem, eu sei que é impossível uma vida sem angústia, mas a angústia ser o seu companheiro de quarto é terrível, ela tá ali o tempo inteiro é terrível.” (P10)

A angústia é atrelada a solidão, tristeza, sintomas físicos e talvez um certo desespero do que fazer com esses sentimentos e para P10 a permanência da angústia traz intenso sofrimento. O desespero pode estar relacionado com o processo de amadurecimento e de busca de alternativas de lidar com o sofrimento. Uma das formas citadas para diminuir a angústia e o sofrimento está presente no tema **Alívio**, citado por todos os participantes.

O aparelho psíquico funciona a partir do princípio de constância, cujo fundamento é manter a quantidade de excitação o menor possível ou pelo menos constante, assim com o aumento da quantidade de excitação ocorre a necessidade de descarga (FREUD, 1920).

“Olha parece que ajudou a aliviar sabe?! Então eu associei isso entre aspas como uma coisa boa, quando eu to muito mal e eu não consigo resolver ou a situação ou eu não consigo tirar aquela angústia de mim, ai eu acabo recorrendo a isso, porque das outras vezes meio que aliviou um pouco. Era como se colocasse pra fora isso, um pouco disso (...) E ai fazendo esse tipo de coisa parece que alivia um pouco, não sei, talvez por sentir a dor física ou algo do tipo mas melhora um pouquinho (...) Depois assim já é aquela coisa de ficar mais aliviada.” (P1)

“Eu não consigo aliviar de outro jeito o que eu sinto. (.....) Ah eu me sinto um pouco melhor, sinto como se eu tivesse esquecendo sabe?! quando eu to fazendo alguma coisa, como se eu tivesse concentrado naquilo e não tivesse pensando em outra coisa sabe?! Acaba aliviando assim o que eu to sentindo, mas é também temporário, é só um

pouco, depois assim. (...) Por causa....pra aliviar os sintomas que eu sinto de angústia, de tudo né (...) Ajuda na hora né, mas assim não é o tratamento né, alivia na hora que eu to sentindo, mas sempre retorna, sempre retorna, sempre retorna.” (P2)

“Assim, ajuda, alivia, mas não para, eu tenho que ou conversar com alguém ou comigo mesma, que aí vai melhorando, mas só me bater assim não para, mas alivia um pouco.” (P3)

“Ah é bom as vezes, eu não sei dizer o que eu sinto, mas como se tivesse aliviado um pouco...enquanto eu to sentindo arder também tipo....eu não sei, eu me sinto bem, só que depois quando começa a cicatrizar e se eu continuo me sentindo mal ai sabe eu fico pensando ai porquê? Não é uma coisa efetiva né, é uma coisa muito...o momento (....) Ah é isso, as vezes fica do mesmo jeito, não adianta nada, e as vezes dá um alívio.” (P4)

“A primeira sensação é de alívio...que eu saio um pouco desse estado de pânico decorrente da dor, então no meu caso é um alívio (...) Foi a solução que eu encontrei e acabou ficando essa solução, até hoje quando eu tenho crises muito fortes e eu quero acordar dessa crise eu acabo fazendo cortes no meu braço porquê dá sensação de alívio até hoje (....) Um alívio de todo esse mar de sentimentos que você tá passando durante uma crise, durante um problema.” (P5)

“Ver sair o sangue, vê a ferida ali, acho era realmente uma forma de aliviar as angústias, as tensões que eu tava sentindo.” (P6)

“Pra mim foi uma forma de aliviar, pelo menos o que eu não conseguia falar, eu só vivia chorando (...) Acho que eu ficava pensando, eu preciso fazer isso porque vai me ajudar, vai me aliviar de certa forma, e depois que eu fazia eu me sentia um pouco bem, mas não era o suficiente.” (P7)

“Eu sentia que de certa forma eu encontrava esse alívio sim, mas é temporário, igual eu falei, é colocar as coisas debaixo do tapete sabe?! É como você empurrar as coisas no

armário, fechar, só que quando você abre cai tudo em cima de você, é tipo isso, mas é, eu encontrava um pouco de alívio sim.” (P8)

“Eu não tenho ninguém para falar e ai escrever...eu escrevo bastante, ai escrever não adianta, ouvir música não adianta, nada adianta e ai você faz isso, parece que ah agora tudo bem, não que tudo bem, mas não sei, é como se fosse um grito sabe?! Só que sem poder gritar e ai é isso assim, dá uma sensação boa de alívio (...) Na hora dá uma aliviada.” (P9)

“Momentaneamente dá um alívio porque eu acho que eu ataquei o culpado, mas é bem momentâneo.” (P10)

Os participantes parecem relatar alívio da angústia e de sentimentos. O alívio sentido com a autolesão parece associado com a descarga desse ato, parece em algumas falas uma necessidade, observa-se que é um alívio momentâneo e que não é completo. Eles relatam saber que a angústia irá retornar. Parece que a autolesão é a forma que eles encontraram de se ajudar perante ao sofrimento desorganizador. A fala de P6 aborda a questão de ver o sangue, a ferida, o que gera novamente a indagação, será uma forma de sentir vida no meio de tanto sofrimento?

A angústia tem caráter desprazeroso, produzido pelo aumento da excitação e com isso ocorrem as reações de descarga (FREUD, 1926).

Associado à **Angústia** e ao **Alívio** está o tema **Necessidade da autolesão**, citado por duas participantes.

“É bem estranho também porque quando eu coloco na minha cabeça que não, que eu não vou me cortar, e que eu vou ficar tipo forte a isso é como, ai dá mais crise de ansiedade também, falta de ar, esse tipo de coisa, é como se fosse, sei lá, uma crise de abstinência, que você fica sem, ai a partir disso qualquer coisa vira algo pra você se machucar, não precisa ser necessariamente uma tesoura ou algo do tipo, ai vai qualquer coisa, ai você acaba não tendo como fugir porque qualquer lugar tem alguma coisa, então é meio que isso assim. (...) Eu tenho alguns momentos de muita ansiedade que ai dá um

pouco de falta de ar, parece que você vai morrer mesmo sabe, aquela coisa de o coração bater mais forte e tal, e ai vai ficando, essa sensação as vezes ela passa tranquilo, mas as vezes ela não passa e ai quando ela vai ficando por vários dias ai que eu volto a me cortar” (P1)

“Depois de uns dias que eu penso ah eu fiz, mas não tem motivo, eu preciso trabalhar isso, então depois eu vejo que eu não tenho motivo pra fazer isso, mas na hora eu tenho necessidade sabe?! é assim.” (P3)

Assim como em algumas falas do tema **Alívio**, os participantes relatam a autolesão como uma necessidade, algo que naquele momento precisa ser feito. Sobre isso, pode-se pensar na angústia, presente nas falas e discutida anteriormente, é como se ocorresse uma crise de angústia, uma angústia que no momento parece que levará à morte e à necessidade de descarga e alívio. Talvez depois que esse alívio é alcançado, é possível pensar que não teria sido necessária a autolesão, talvez quando a angústia não é insuportável, é possível pensar que o sofrimento pode ser vivido e quem sabe elaborado de outras formas.

Na categoria “**Os significados e sentidos da dor**” os temas **A dor física alivia a dor emocional, Dor boa, Dor desejada e Intensidade da dor** se referem a como os participantes descrevem a dor relacionada à autolesão. A dor não é relatada como desagradável e alguns afirmam que desejam sentir dor.

Os temas descritos acima podem relacionar-se ao masoquismo, onde o prazer deriva da dor. Freud (1924) explicou economicamente a questão do masoquismo, já que os conceitos apresentados anteriormente em sua obra eram que o princípio do prazer busca o prazer e evita o desprazer e atua seguindo o princípio de Nirvana, que tem como meta reduzir a soma das excitações a zero ou o menor possível. A partir disso, todo aumento de excitação produziria desprazer e a diminuição prazer, entretanto, no masoquismo percebemos que isso não procede, já que o esperado é que a dor produziria desprazer, o que não ocorre. Para explicar isto Freud afirma que:

Tudo indica que os aumentos e as diminuições das magnitudes de estimulação são diretamente percebidos como uma sequência de

sensações de tensão e obviamente há tensões que são sentidas como prazerosas, bem como distensões percebidas como desprazerosas. (FREUD, 1924, P.106)

Ele aponta também que talvez o mais importante seja o caráter qualitativo das estimulações e não o quantitativo (FREUD, 1924). O que ajuda a explicar a questão do masoquismo.

O princípio de Nirvana é associado com a pulsão de morte, já que busca a redução quantitativa dos estímulos, o princípio de prazer “representa a sua transformação em reivindicação da libido” e o princípio de realidade, que representa a influência do mundo externo e aceita adiar a descarga e temporariamente o desprazer (FREUD, 1924).

A **Intensidade da dor** foi citada por quatro participantes com as seguintes falas.

“Muito fraco, eu sinto como se eu tivesse fazendo assim, sabe?! quando você não sente quase nada?! só um apertãozinho, ai só depois que eu vejo que tá roxo, tá vermelho, que foi sério, mas no momento...na hora eu sinto muito fraco, muito fraco, não parece que eu coloquei tanta força assim, tanto no beliscão quanto no tapa, quanto puxar o cabelo.” (P3)

“Fisicamente não dói, só se por algum motivo ou outro eu tomar um banho muito quente e a pele...estourar a bolha antes do tempo e a pele ficar aberta, e ai a dor psicológica tudo depende do motivo sabe?! se é uma coisa não tão grave eu fico bem, se não eu continuo ruim, ai sei lá, eu fico ouvindo música triste e chorando.” (P4)

“Já aconteceu alguns casos que eu tava muito em pânico e realmente eu cortar o braço e não sentir, e até nesse caso em específico aconteceu umas 3 vezes, eu acho, eu fazer um corte e achar que eu não tinha feito o corte, então ficar fazendo vários em seguida porque não tava sentindo dor (...)Então as vezes eu tenho uma crise que eu me lembro de todos esses sentimentos ruins ao mesmo tempo, que geralmente são as crises que eu tenho a autolesão...e ai é onde a autolesão não causa uma dor tão grande pra mim, porque a dor desses sentimentos, o pânico, o medo, a tristeza, ódio as vezes de alguém, é tão grande que a dor física não importa.” (P5)

“Eu não sou muito forte pra dor, eu não aguento tanto, ai ardia bastante, quando você corta o dedo no papel arde, mais do que outras coisas era isso basicamente, só que eram um pouquinho maiores, ai ardia bastante.” (P7)

Na maioria das falas, as descrições são de uma dor fraca e até de ausência de dor durante a autolesão, como se ocorresse um anestesiamiento, fato que chama a atenção já que são situações em que é esperado a sensação de dor. Em algumas falas é destacado o sofrimento psíquico, o que pode ajudar a entender as falas sobre dor física.

Freud realiza a distinção de três formas de masoquismo, o erógeno, feminino e o moral. No masoquismo moral, é mais difícil perceber a relação com a sexualidade, é observado um sentimento de culpa inconsciente, o mais importante nessa forma de masoquismo é o sofrimento e a necessidade de punição (FREUD, 1924).

A pulsão de destruição deriva da pulsão de morte, ela pode ser direcionada ao mundo externo e no masoquismo retorna para dentro do indivíduo e age violentamente contra a própria pessoa (FREUD, 1924). Na autolesão pode-se hipotetizar que a pulsão de destruição é transformada em ato no próprio corpo, assim a agressividade é direcionada para si e expressa no corpo.

Nove participantes citam que **A dor física alivia a dor emocional.**

“Bom enquanto tá doendo fora não dói tanto dentro, assim é meio que isso.” (P1)

Sinto, mas é uma dor que alivia outra né, é uma dor física, a dor física também não é tanto assim, eu não ligo tanto, mas eu sinto a dor. (P2)

É só pra parar, eu quero só sair daquele momento, se eu sentir dor física eu sei que eu vou começar a chorar pela dor, eu sei que eu vou começar a pensar nossa tá doendo, tá doendo, não vou pensar nossa como você é inútil, não faz nada certo, e eu acho melhor eu chorar pela dor do que por isso, então por isso que eu me automutilo. (P3)

Eu ficava pensando que eu tinha que conseguir tirar essa dor de mim...que a dor do corpo ia ser melhor do que a dor que eu tava sentindo por dentro. (P4)

“Ah é uma sensação de alívio, de alívio, frente a uma dor psicológica muito grande uma dor física quase que pra balancear mesmo (...) Quando eu to no terror noturno, e se eu tenho a autolesão eu presto mais atenção na dor que eu to sentindo no braço do que nos problemas.” (P5)

“Acho que me aliviava dos meus sentimentos, da minha dor, da dor que os meus sentimentos traziam, que os meus pensamentos traziam, como se colocasse uma dor física e saía um pouco da dor psicológica, emocional.” (P6)

“Eu não sei, não sei se eu fazia por querer mesmo, ou eu só fazia pra tentar tirar a dor emocional e jogar na física, eu não sei.” (P7)

“Eu tava procurando um alívio...através da dor, ai.....como eu posso explicar...era como se fosse o seguinte, eu me concentrava em todos os meus problemas e canalizava tudo isso em forma de dor, como se eles fossem se transformar em dor, deixar de ser problemas, e se transformar em dor, como se isso fosse resolver alguma coisa, eu sentia como se tivesse, não sei....melhorando mesmo, não sei, não melhorando mas é.....canalizando minha dor psicológica em dor física.(...) Ah como se os problemas ecoassem para a dor, como se os problemas virassem dor então quanto mais...na minha cabeça quanto mais doesse mais eu estaria me livrando dos meus problemas, mais eu conseguiria me distrair...”(P8)

“Ai parece que o mundo fecha assim sabe?! E ai você fica focado na dor e ai as coisas somem assim por alguns segundos, e é bom, não sei.” (P9)

Estas falas destacam o sofrimento psíquico em detrimento à dor física; os participantes relatam um sofrimento psíquico tão intenso que a dor física parece ter outro significado, ela parece trazer alívio (como descrito em um tema anterior) e ser diferente

da dor física sentida em outras situações. Nesses relatos, a dor física parece ir além de uma consequência da autolesão, ela parece ter a função de ajudar a diminuir a dor psíquica.

O masoquismo moral é fruto do conflito entre ego e superego, já que o ego não atende ao ideal colocado pelo superego. Assim o masoquismo moral é fruto da relação entre ego e superego (FREUD, 1924).

No masoquismo moral, observa-se o masoquismo do ego que deseja ser punido pelo superego. Assim, “o sadismo do superego e o masoquismo do ego complementam-se mutuamente e unem-se na promoção dos mesmos resultados” (FREUD, 1924, P.115).

O masoquismo moral apresenta também um caráter erótico, e mesmo com a pulsão de destruição direcionada ao ego, existe uma satisfação libidinal (FREUD, 1924).

Nos temas seguintes observa-se que a dor é descrita como **Dor boa** por cinco participantes e como **Dor desejada** por dois participantes, o que parece vir ao encontro com a ideia de que existe uma satisfação libidinal.

“Não é uma dor ruim, acaba que, acaba que não fica uma dor ruim. Você sente, só que, é bem estranho porque.....dói, mas são dores diferentes de você cair e ralar um joelho, ou você bater numa porta, ou algo do tipo, agora quando você tá mal e você faz isso, dói, mas não é como se você desse tanta importância para essa dor, porque a de dentro tá maior.” (P1)

“Não é uma dor que me incomoda, é uma dor que até pra mim...acho que faz até bem, porque é ela que tá fazendo eu esquecer o que eu to sentindo...mas eu sinto dor sim, mas não é uma coisa que me impeça de fazer.” (P2)

“Eu não sou muito resistente a dor, quando eu me machuco eu sinto muito, eu não sei o que acontece, mas quando eu faço automutilação não parece que tá machucando, essas coisas, mas mesmo assim dá um alívio da situação.” (P3)

“Ah é uma dor que eu gosto, não é uma dor negativa, eu acho.” (P4)

“Ah como eu te falei você sente né, acho que ainda mais por ser com a gilete dá um ardido né, dá uma dor, mas é uma dor boa né, eu faço uma analogia com a tatuagem né, você sente a dor, ou um piercing, você sente a dor, mas aquilo tem um outro significado né, então acaba convertendo essa dor pra um outro...dando outro significado né, penso que essa dor não é vivida como ah você se cortou.” (P6)

“Sim, ai eu tentava sentir mais dor, forçava até começar a arder, ficava só um risco mesmo, e ai eu continuava tentando fazer mais forte, mais devagar, mais fundo. (...) Não sei, mas eu queria mais dor, queria mais e ai tipo chegava a achar até de certa forma bom, quando eu tava fazendo isso, é estranho na verdade, mas tipo queria que doesse mesmo.” (P8)

“Não é uma dor assim que...porque quando a gente sente dor a gente para né?! Então é muito estranho, doi pra caramba, mas você quer sentir dor sabe?!” (P9)

As falas reforçam a ideia de que a dor da autolesão é diferente da dor em outros contextos, é relatada como uma dor boa, além disso, relatam querer sentir essa dor, talvez por atribuírem alívio a ela. Fica a ideia de que a dor física tem outro significado, será que ela ajuda os participantes a se sentirem vivos?

Associado a busca de uma “saída” para o sofrimento, está o tema **Fuga**, citado por três participantes.

“Sei lá, é tipo, como se eu tivesse precisando fugir, a sensação de antes era fugir de todas as coisas, do que eu tava pensando, do que eu tava sentindo, do lugar que eu tava, e ai depois disso parece que eu não vou precisar fugir mais assim sabe?! é uma coisa, como se eu tivesse, sei lá, com a tesoura no caso e enfrentando o que tava dentro de mim, só que por fora...é meio que isso assim. E como que eu vou explicar. É meio que isso como se eu tivesse enfrentando mesmo assim.” (P1)

“É uma sensação de fuga mesmo, de fuga de algo muito ruim pra algo ruim, mas um pouco mais ameno, você pensa “não, é só um corte depois passa e fica tudo bem”, o que é bem melhor do que a sensação de não acordar mais do terror noturno.” (P5)

“Ah porque eu não consegui encontrar um jeito de resolver os meus problemas, então eu tava tentando fugir, mas eu não sabia como fugir, então...é eu busquei refúgio na dor...eu....eu não sei, é até estranho como eu pensei nisso, porque foi por acaso. (...) Eu não tinha pra onde ir, não tinha, é o jeito que eu encontrei de fugir.” (P8)

No tema **Fuga** pode-se observar uma volta para si, o que remete novamente à pulsão de destruição e à agressividade dirigida para si ao invés de para o mundo externo. Assim, o fugir não é “largar tudo e ir embora”, não é uma fuga do mundo externo, talvez inconscientemente exista uma percepção de que o incômodo é interno, é do mundo interno que eles parecem querer fugir, e por isso, a volta para si e a agressividade dirigida para o próprio corpo. Parece existir uma necessidade de fuga e eles encontram como saída a autolesão. Porque será que a agressividade é voltada para si e não para o mundo externo?

Uma das características que se destacam da autolesão são esses atos de agressividade que tem como alvo o próprio corpo. Além de discutirmos a questão narcísica, também podemos nos atentar a questão do corpo e da formação do ego.

O ego é primeiro, e acima de tudo, um ego corporal. Ao vermos o próprio corpo ele se apresenta como um objeto, gera percepções internas e externas, e assim, ao tocar o próprio corpo teremos duas sensações, a de tocar e de ser tocado (FREUD, 1923).

Além do tato, também a dor parece desempenhar um papel no processo de formação do Eu. Aliás, na medida em que adoecimentos que produzem dor são capazes de fornecer ao sujeito novos conhecimentos a respeito dos seus órgãos internos, poderíamos até pensar que talvez esse seja o modo de como se forma a concepção que temos do nosso próprio corpo. (FREUD, 1923, P.38)

Assim, o contato com o corpo e as sensações, entre elas a dor, ajudam a organizar um ego e uma identidade corporal. Pensando em uma organização do ego, o tato e as

sensações são importantes. Assim os participantes realizam um ato que ajudam na formação do Eu.

O tema **Falta de identificação** foi citado por apenas uma participante.

“Acho que eu cresci uma criança muito introspectiva, eu lembro quando eu tinha, sei lá, uns 10, 12 anos, eu achava que eu era a única pessoa no mundo que era assim, que eu nunca ia encontrar uma pessoa igual a mim, ou que tivesse os mesmos sentimentos, eu acho que eu cresci muito angustiada por isso assim né, eu acho que...parte dessa autolesão eu acho que tem a ver também um pouco com a forma que eu fui socializada e a falta de...enfim de poder encontrar externamente identificação.” (P6) (dificuldades de identificação por ser lésbica e mulher)

Na melancolia o objeto perdido é reconstruído no ego, assim o investimento objetal é recolhido e substituído pela identificação. Este processo de identificação não ocorre apenas na melancolia e “grande parte da constituição do Eu se dá por esse mesmo tipo de substituição, e ela tem um papel fundamental na formação daquilo que chamamos de nosso caráter.” (Freud, 1923, P.40).

O processo de identificação, assim como o tato e a dor, tem uma função constitucional e é importante na formação de quem somos.

Essa mesma participante relaciona a falta de identificação à orientação sexual e a questão de ser do sexo feminino.

O tema **orientação sexual** foi citado por três participantes.

“Ai depois eu descobri também, me dei conta de que eu gostava de meninas e também levou um certo tempo pra eu aceitar, e contar pra todo mundo, e nisso algumas pessoas me apoiaram, outras não também né, então acabei perdendo algumas amizades que eu achei que eu não iria, e depois ter que sair de casa (por ser expulsa), ter que mudar.” (P1)

“Acho que dois eventos importantes pra entender, assim hoje eu vendo, é que eu sou mulher e sou lésbica né, então eu acho que isso foi um tanto quanto determinante assim para certos comportamentos, certas condutas....no sentido de em casa não ter muito respaldo né...tão pouco fora também né. (...) Hoje olhando assim eu acho que o fato de ser lésbica deu muita coisa assim no sentido de não ter....de não ter modelo, de não ter ali pessoas pra você. (...) Acho que era isso assim, foi....ser lésbica e adolescente é muito complicado né, é muito difícil, minha mãe também não aceitava muito bem na época, isso também dificultava, a família sempre omitia de alguma forma, sempre finge que não vê, finge que não sabe, acho que essas coisas sempre pesaram muito assim.” (P6)

“Eu acho que quando....eu me assumi para os meus pais por ser bissexual, ai eles não gostaram, porque eles são evangélicos, ai eles brigaram comigo, quase me expulsaram de casa, foi isso. Muitas brigas decorrentes disso e por causa do meu pai também.” (P7)

A escolha objetal pode ocorrer:

“Conforme o tipo narcísico: o que ela mesma é (a si mesma); o que ela mesma foi; o que ela mesma gostaria de ser; a pessoa que foi parte dela mesma. E conforme o tipo “de apoio”: a mulher nutriz; o homem protetor (FREUD, 1914, P.36).

O tema **orientação sexual** retorna questões de relacionamentos, como as dificuldades em relação aos pais, amigos e pessoas do círculo social dos participantes. Apesar de não citarem a orientação sexual como um motivo para realizar a autolesão, as consequências e as reações de pessoas significativas parecem proporcionar um mal-estar que somados a outros motivos levaram a autolesão.

Assim como a falta de identificação e as dificuldades associadas à orientação sexual, conviver com um transtorno mental também pode acarretar sofrimento e foi citado pelos participantes.

O tema **Transtornos mentais** engloba a depressão, o transtorno obsessivo compulsivo e o terror noturno. A depressão já foi mencionada e discutida anteriormente.

O transtorno obsessivo compulsivo foi citado por uma participante.

“Então eu...é que assim eu tenho TOC né, então quando eu tenho crise de TOC eu começo a chorar muito, desesperadamente e eu começo a me automutilar. (...) Só que quando eu to normal, sem esses períodos, eu não faço, e eu nem penso em fazer, mas quando eu tenho crise ai começa (...) Então, as vezes é ou quando eu passo do horário que eu estipulei, eu começo a vim com esses pensamentos e as vezes é do nada, as vezes eu to normal e começa a vim um monte de pensamento de que eu sou um nada, sabe esses pensamento que...ai eu não sei explicar, esses pensamentos ruins, que colocam pra baixo, ai nisso eu já começo a chorar, é muito rápido, eu já começo a chorar de soluçar desesperada (...)É...ah eu me sinto muito mal, quando eu começo a chorar eu começo a ter esses pensamentos ruins e eu quero parar de ter esses pensamentos, que eu vou ficar louca, eu quero parar porque tá me fazendo muito mal, e não tem como eu parar, eu só quero ficar na cama chorando, então pra isso eu começo a me automutilar.” (P3)

E o terror noturno também foi citado por apenas uma participante.

“Na minha opinião era uma maneira pra vê se eu acordava, se eu despertava do terror noturno (...) Era um corte bem profundo, uma dor bem aguda, que aí geralmente eu acordava. (...) Eu não precisei dormir pra ter um ataque de terror noturno, eu comecei a sentir os efeitos sem dormir, então eu comecei a ofegar muito, a suar muito e a sentir um pânico muito grande e eu acho que por causa dessa consciência de não ter adormecido foi que eu resolvi tomar algumas medidas pra vê se eu acordava, o que funcionou porque você sente uma dor muito grande, seu corpo dá uma relaxada, eu acho que ele começa a perceber que você tem uma dor um pouco maior, no seu braço, que você fez a lesão, então eu parava de suar, acalmava um pouco a minha mente em relação ao terror, ai como funcionou eu comecei a praticar muito isso.”(P5)

A formação do sintoma é uma forma de evitar a angústia (FREUD, 1926). O transtorno obsessivo compulsivo e o terror noturno são manifestações psíquicas que talvez não tenham sido eficazes em evitar a angústia, e com isso, foi desenvolvido um novo sintoma, a autolesão. Assim, a autolesão tendo essa função, ajuda a refletir os

motivos para a prática. Na psicanálise, o sintoma tem a função de tentar evitar o sofrimento, há sintomas mais comuns e que em algumas situações passam despercebidos, outros já podem gerar estranhamento. Investigar o sintoma é buscar entender o que ele significa para o indivíduo.

Associado à questão do sintoma em psicanálise está também o tema **Abuso de substâncias**, citado por cinco participantes.

“Teve uma época assim que eu fiquei um bom tempo sem me machucar e tal, só que aí eu recorri pra outra coisa que também não deu muito certo, que foi pra bebida, porque uma vez acidentalmente mesmo, eu não tinha a intenção eu tava começando a beber ainda eu não sabia as coisas todas e eu acabei desmaiando de beber, numa festa e tal, só que aí eu acabei percebendo que mesmo sendo uma coisa errada de se fazer, e perigosa até as vezes, o pessoal não ficava bravo com você, eles se preocupavam mais assim, então eu vi que dava pra, sei lá, sentir uma dor, só que o pessoal ia entender melhor, tipo quem visse ia entender melhor, aí eu acabei bebendo outras vezes bastante, pra sei lá, pra vomitar ou pra qualquer coisa do tipo, pra ter essa...alguma coisa física. Algum tipo de dor, porque eu odeio, demais, demais, demais vomitar, ou que o meu estômago fique ruim, então pra mim era uma coisa muito ruim, então causar isso era uma dor pra mim também sabe?! e aí o pessoal não julgava, porque ah todo mundo bebe, todo mundo faz esse tipo de coisa.” (P1)

“Eu já cheguei, nunca pra me prejudicar muito, mas eu já cheguei tipo a tomar remédio...minha mãe também tem problema, não desse tipo, mas ela tem problema psicológico também, aí ela toma calmante, eu já cheguei a tomar calmante dela pra....dormir assim sabe?! Ficava o dia inteiro dormindo. Acho que é só isso, mais tomar remédio assim.” (P2)

“Eu acho que um pouco antes de fazer a primeira queimadura eu tava bebendo muito, e aí eu percebi que eu precisava parar e eu meio que descontei desse jeito. (...) Ah eu só bebo geralmente quando eu to em festa ou com meus amigos assim então...nessa época eu comprava bebida em casa e tipo eu acabava com uma garrafa de vodca ou cachaça

em um ou dois dias sabe?! Sozinha e eu não queria continuar com isso. (...) Acho que em geral me ajudou a não desenvolver esse vício (do álcool) assim. (...) Ah não sei eu só tava preocupada em não....ah em não ficar, sei lá, viciada em bebida, por exemplo, como eu tava fazendo ou encontrar a saída para aquela dor em alguma droga, em alguma coisa, eu preferia fazer aquilo (as queimaduras) do que....sei lá, fazer uma coisa que me trouxesse um mal pior a longo prazo sabe?!” (P4)

“Ah eu sempre fui muito....eu sempre tive atitudes muito autodestrutivas, pelo menos as pessoas julgam assim né, então assim, sempre bebi muito, sempre fumei, sempre usei outras drogas (...) Eu já tomei remédios assim, muito remédio pra...não sei exatamente se eu queria tentar suicídio, mas....houveram alguns eventos em que eu tomei uma quantidade grande de remédios.” (P6)

“Eu tava muito ruim, muito muito ruim, muito ruim, ai eu comecei a beber, ai eu comecei a tomar remédio, misturar bebida com remédio pra dormir, calmante, ai eu tinha uma corda em casa, eu fiz um nó de forca e cheguei a colocar o nó no meu pescoço e apertar pra sentir a sensação, eu não ia me matar.” (P10)

Em algumas falas, observa-se o uso de substâncias como uma forma de autolesão, a definição utilizada nesse trabalho considera que o uso de substâncias pode ser considerado uma autolesão quando a pessoa considera o ato uma autoagressão. Em alguns casos, os participantes afirmam ter deixado de ter os comportamentos de autolesão que apresentavam e o substituir pelo consumo da bebida; uma participante acredita que ao fazer a autolesão e parar com o uso de bebida alcoólica pode ter evitado uma dependência do álcool; em algumas falas também temos referências a morte e ao suicídio.

Apesar de serem comportamentos diferentes, o abuso das substâncias citado parece ser utilizado pelos participantes com a mesma finalidade da autolesão, ter alívio, diminuir o sofrimento psíquico e em alguns casos de agressão a si mesmo, já que como vimos, a dor física parece aliviar a dor psíquica. Apesar disso, na sociedade o uso de

substâncias, como álcool e medicamentos, é mais aceito e entendido como algo característico de uma fase da vida, como a adolescência.

O uso de substâncias também pode ser um sintoma e ser investigado como tal, já que não é um sintoma para todos. Além disto, o uso de substâncias pode ser relativamente comum pode ajudar a encobrir a angústia e os sintomas depressivos, dificultando a percepção do sofrimento psíquico.

Um participante citou a **Curiosidade** como motivo para realizar a autolesão.

“Não tava triste, não tava nada, foi mais de curioso (...) Ah eu não era criança, eu tava no começo da adolescência então sabia sabe, tinha gente que fazia isso, mas porque eu fiz isso.....eu não lembro direito não, acho que foi mais assim um experimento, não sei, bem esquisito isso, mas, eu mesmo to achando esquisito, mas eu realmente não lembro uma coisa assim que me fez querer fazer isso sabe?! Acho que foi mais, realmente eu acho que foi curiosidade.”(P8)

Apesar de nesse momento da entrevista o participante afirmar ter feito autolesão por curiosidade, no decorrer da mesma, ele apresentou falas com outros motivos já citados como **Fatores acadêmicos e profissionais, Relacionamentos e Solidão**. Talvez inicialmente ele não tinha a percepção dos outros motivos para realizar a autolesão além da curiosidade, algo que pode ser difícil de ser assimilado, já que o indivíduo pode entrar em contato com conteúdos profundos que mobilizariam angústia. E também, pode ocorrer momentos em que não é possível expressar em palavras o sofrimento psíquico.

Conhecer outros adolescentes que faziam a autolesão parece ter o influenciado, podendo ser prazeroso estar identificado e fazer parte de um grupo.

Já o **Abuso sexual** foi relatado por uma participante.

“Ah eu sempre fui, eu não sei, desde a minha adolescência eu tive, eu acho que tinha alguns problemas psicológicos assim, não me sentia bem, e ai em (cita o ano) foi o meu primeiro ano de faculdade e não sei, o meu curso eu não sabia se eu queria continuar...ah eu tava com... muito mal estar psicologicamente, e ai eu fui um dia em uma festa e um

cara tipo....a gente tava super bêbado, só eu não queria fazer nada com ele, e tipo tava passando mal e ele foi pra minha casa me ajudar, tipo eu apaguei e quando eu acordei ele tava em cima de mim, depois me tratou super mal e ai tipo juntou com os problemas financeiros que eu tava tendo, todo esse mal-estar que eu tava e tudo, eu não tava aguentando (...) Eu sofri meio que um abuso sexual e tava passando por várias dificuldades financeiras.” (P4)

A experiência relatada pode ter sido uma experiência traumática, quando ocorre um aumento de excitação capaz de romper o escudo protetor do ego. Com isso, os mecanismos de defesa são mobilizados e o aparelho psíquico neste momento deixa de seguir o princípio de prazer (FREUD, 1920).

Já que não é possível impedir que grandes quantidades de estímulos inundam o aparelho psíquico, só resta ao organismo tentar lidar com esse excesso de estímulos capturando-o e enlaçando-o psiquicamente para poder então processá-lo. (FREUD, 1920, P.154)

A participante aborda a experiência de abuso sexual associado a dificuldades da época e a problemas psíquicos anteriores, tudo isso pode ter colaborado para que não ocorresse a representação e elaboração da experiência traumática do abuso. Parece ter sido uma experiência violenta que não foi passível de representação e elaboração. Talvez uma forma de expressão?

O tema **Uma forma de expressão** foi citado por apenas uma participante.

“Ah é aquilo que eu falei né, é uma forma de se expressar sem chamar a atenção né, eu não posso gritar, já que as outras coisas não são suficientes, e na hora eu não tenho para onde fugir sabe?! Ai eu faço isso. (...) Ah não sei, porque todas as vezes foi só essa tristeza muito grande que dava, e ai de algum jeito eu tinha que....não sei é como se fosse uma expressão sabe?!” (P9)

A representação-de-objeto passa a ser dividida em representação-de-palavra e representação-de-coisa (FREUD, 1915).

Esta última consiste no investimento de cargas – se não nas imagens diretas da lembrança-de-coisa –, nos traços de lembranças que estão

mais distantes e derivam essas lembranças. Fica agora então claro como uma ideia consciente se diferencia de uma inconsciente. As duas não são, como pensávamos, diferentes registros do mesmo conteúdo situados em locais psíquicos diferentes. Tampouco são diferentes estados funcionais de investimentos de cargas aplicados ao mesmo local. Uma representação consciente abrange a representação-de-coisa acrescida da representação-de-palavra correspondente, ao passo que a representação inconsciente é somente a representação-de-coisa. (FREUD, 1915, P.49)

Se tivermos apenas a representação-de-coisa, o conteúdo psíquico continuará inconsciente, e apesar de influenciar no funcionamento psíquico, permanece de difícil acesso. Por isso, é necessária a elaboração da representação-de-palavra para que o conteúdo torne-se consciente.

Por meio da linguagem, a representação torna-se consciente, assim, a palavra é importante. A fala traz a autolesão como uma forma de expressão e apesar de não utilizar a representação-de-palavra, para os participantes, a autolesão pode ter a função de expressão, de comunicação de algo que ainda não pode ser expresso em palavras. Parece que em alguns momentos “outras coisas não são suficientes”, que apenas a autolesão vai trazer alívio. Talvez essa necessidade de expressão também aponte para uma premência de um significado para o sofrimento, abrindo caminho para uma possível representação-de-palavra.

Observa-se que existem conteúdos na autolesão, mas se evidencia a falta de representação-de-palavra, o que ocorre também em vários outros sintomas.

Algumas falas não se enquadram nas categorias e temas apresentados por irem além dos objetivos propostos, mas são importantes para o estudo da autolesão. Como as falas relacionadas ao despreparo e ao desconhecimento quando a autolesão ocorre, as falas remetem não só a familiares, mas também a profissionais da saúde, no caso uma psicóloga.

“E ai foi com esse lance do apontador que eu te falei...foram cortes bem superficiais assim, mas eu lembro que eu tava na escola, no intervalo, ai eu tinha um amigo e era uma época muito difícil e ai o meu amigo viu e ele ficou super preocupado e tal e ai eu

não aguentei e comecei a chorar e não voltei pra aula, fiquei lá assim no intervalo e aí a psicóloga da escola foi conversar comigo e falou você não tem motivo para fazer isso, volta para a aula, eu falei beleza. Essa foi a primeira vez.”(...) A minha mãe já viu, mas nunca conversamos sobre isso” (P9).

“A primeira vez que ela viu, acho que ela não deu muita trela, acho que ela não atentou pra gravidade sabe?! acho que ela só foi atentar mesmo quando ela teve que me levar para o hospital pra dar ponto.” (P10)

Percebe-se a falta de espaço para falar do assunto e para buscar ajuda. Os participantes também comentaram em relação a falar, a pedir ajuda e a ausência de uma escuta com acolhimento. O assunto ainda parece ser um tabu, o que dificulta a fala e a busca de ajuda. Parece que os participantes percebem que além de ser difícil falar sobre o assunto também pode ser difícil para as pessoas escutarem livres de preconceitos.

“É meio estranho porque você quer que vejam pra pedir essa ajuda, mas você também não quer, porque sei lá, o pessoal pergunta e elas não entendem ou as vezes você não quer falar.” (...) É uma coisa diferente assim, porque geralmente você.... não se fala disso, o pessoal tem um certo, sei lá, receio ou... é uma coisa que não se fala assim, e eu acho que é por essa coisa de não se falar, que sei lá, acaba dificultando também até o tratamento da pessoa, porque como as pessoas tem essa resistência, é muito mais difícil você chegar e pedir ajuda, por isso então a pessoa fica mais fechada, tentando esconder o que ela tá fazendo. Poder falar sobre isso pra alguém é válido, pelo menos eu gostei, acho que é importante tirar sabe?! não é bom ficar muito guardado.” (P1)

“Eu não falo sobre isso com muitas pessoas né, eu tive um relacionamento de uns 4, 5 anos, aonde eu omiti isso boa parte da relação, e acho que isso só mostra a dificuldade assim, acho que não só minha, mas também externa né, porque é um estigma né, e eu sempre tive muita dificuldade.” (P6)

“Tem uma amiga minha que...ela também faz isso e a gente meio que tenta se ajudar sabe?! que a gente se entende então a gente não fica julgando. Porque as pessoas que nunca fizeram isso olham e falam meu você não precisa fazer isso, eu não quero saber se eu preciso ou não sabe?!” (P9)

Em relação a participação na pesquisa os participantes falaram:

“Não é com todo mundo que eu tenho vontade de conversar porque a gente tem medo de ser julgado pelas outras pessoas, aí eu não vou sair contando isso pra qualquer pessoa, tanto é que eu nunca contei, mas assim....sem ser...saber que não tá sendo julgado é sempre bom conversar.” (P2)

Ah tipo eu acho bom porque não é uma coisa que eu vou virar e falar para os meus amigos, a minha família e falar ah eu faço isso e queria conversar e...ah não sei, me faz lembrar as dores que eu sentia antes, mas também acho que é bom....falar.... (P4)

“Ah foi uma coisa normal pra mim, eu me sinto a vontade de falar com gente que me entende, que não vê isso como uma coisa atoa ou até coisas mais sérias e eu já fazia o acompanhamento e com as meninas lá do grupo então pra mim foi normal e se for pra ajudar é melhor ainda.” (P7)

“Ah foi bom eu gostei, fazia tempo que eu sentia que eu precisava conversar com alguém.” (P8)

“Ah é bom, foi bom porque a gente não tem espaço pra falar sobre isso com pessoas que entendem realmente, e é um alívio, assim no começo eu tava meio meu deus, mas agora eu to tranquila, e espero que seja útil, na verdade mais pra isso mesmo, pra fazer dessa merda ser uma coisa útil.” (P9)

“Olha eu espero que ajude outras pessoas, porque eu não consigo me ajudar, eu não consegui me ajudar.(....) Que ajude quem tá em uma situação parecida, então foi bom,

confesso que algumas coisas me deixa um pouco mal de lembrar, mas acho que cedo ou tarde vou ter que lidar com isso, mas foi bom.” (P10)

Alguns participantes relataram sobre as dificuldades de falar e lembrar sobre as experiências de sofrimento, ao mesmo tempo consideraram positiva a participação na pesquisa já que possibilitou que falassem sobre um assunto que raramente encontrariam espaço, além disso, destacaram a importância de saber que falariam com alguém que não os julgariam. Assim, a participação pode ter tido um caráter terapêutico, já que a dor irrepresentável começa a ser representada por meio da conexão com a palavra.

Parece que as falas anteriores remetem a questões importantes, os sentimentos ambivalentes de falar sobre a autolesão e de procurar ajuda, o desejo de ser compreendido e o medo de ser julgado, as dificuldades das famílias, dos profissionais, das escolas, enfim, da sociedade, de olhar para esse sofrimento que ao mesmo tempo que se esconde apresenta suas marcas nos corpos. Talvez os próprios participantes percebam que ainda é necessário desenvolver um espaço para que eles possam falar sobre a autolesão e suas dores e que tenha alguém que possa escutar, acolher e ajudar no processo de representação do sofrimento psíquico.

7 Considerações finais

Considera-se que a pesquisa alcançou os objetivos propostos, foi possível identificar como é a prática da autolesão realizada pelos participantes, com predominância de cortes nos braços. Os motivos relatados foram diversos, como relacionamentos, transtornos mentais, solidão, fatores acadêmicos e profissionais entre outros, apesar de experiências individuais elas parecem ter em comum o sofrimento psíquico. Não só a categorias “**Motivos**”, mas o discurso dos participantes parecem remeter à situações de dor psíquica e de dificuldades de lidar com o sofrimento. A autolesão parece utilizada como uma “saída”, uma forma de descarga de conteúdos que, no momento, tornam-se insuportáveis. Com tanto sofrimento, a dor física é relatada como sendo uma dor diferente de outras situações, ela parece aliviar a dor psíquica, que no momento é o mais angustiante e que os participantes desejam por fim ou pelo menos diminuir. Apesar de em alguns momentos encontrarmos proximidades entre a autolesão, o suicídio e a morte, temos um lado da autolesão que parece ser uma forma de expressão, de comunicação e também de manutenção da vida.

Ao analisar os dados obtidos neste trabalho utilizando o referencial de Freud, pode-se levantar a hipótese da autolesão como um sintoma, uma manifestação psíquica possível diante das vivências melancólicas de reelaboração da identidade, identidade sexual, demais desafios da adolescência e entrada na vida de adultos jovens. Diante das excitações, abalos e angústias causadas por estas dinâmicas psíquicas de perdas e solidão parece que, na falta da representação-de-palavra, o sujeito executa o ato narcísico da autolesão.

No decorrer da discussão observou-se que a autolesão parece um sintoma com múltiplos determinantes, como as dificuldades de lidar com os relacionamentos, sentimentos, frustrações e perdas, a reelaboração da identidade, a punição, o masoquismo, uma forma de expressão, o suicídio/morte e também a vida.

Foi possível discutir os conceitos de representação-de-coisa e representação-de-palavra a partir da ideia da autolesão como uma forma de expressão. Talvez os participantes tentem com a autolesão representar o sofrimento psíquico e comunicar a intensidade deste sofrimento.

A autolesão tem aparecido como um sintoma mais frequente na contemporaneidade e tem suas particularidades, é atrelada em sua maioria ao corpo, realizada por adolescentes e jovens adultos que relatam intenso sofrimento psíquico e encontram na autolesão uma forma de alívio. Foram inúmeros os discursos de sofrimento, de angústia, de dificuldades de lidar com o próprio mundo psíquico. Também foi citado por metade dos participantes os pensamentos de suicídio e de morte, e nas falas parecem realizar a autolesão para não cometer o suicídio, talvez pelo alívio temporário.

A autolesão, ao mesmo tempo que pode expressar um desejo de morte, também parece se aproximar da vida, já que apesar de falarem do suicídio, a autolesão pode ser entendida como um substituto do suicídio, e assim, uma forma de manter a vida. Isto nos mostra a complexidade desse sintoma, que parece comunicar inúmeras questões e a necessidade de um espaço para acolher o sofrimento psíquico.

A partir de tudo que foi apresentado é importante refletir sobre prevenção e tratamento. Ambos podem ser realizados em vários campos, nas escolas, no ambiente familiar e social. É importante o acompanhamento das crianças e adolescentes para favorecer um desenvolvimento saudável diante dos desafios comuns das fases da vida, o que pode ser realizado por psicólogos, pais, professores e profissionais de saúde.

Ao se orientar sobre tal prática pais, professores, profissionais da educação e da saúde podem identificar mais rapidamente os primeiros sintomas e buscar encaminhamento para um acompanhamento especializado.

É imprescindível a disponibilidade de psicólogos na saúde para realizar o tratamento. O acompanhamento psicológico pode auxiliar na elaboração da representação-de-palavra, para que ao falar o sujeito não precise mais do ato ou precise menos. O tratamento deve ir além da preocupação de reduzir os atos de autolesão e almejar a elaboração de significados para o sofrimento psíquico, afinal todos tem sintomas.

Frisa-se a importância de se continuar pesquisas e reflexões sobre a autolesão, visto que este trabalho não responde a todas as indagações sobre tal assunto, e não apenas por ser um sintoma, mas por fornecer informações de formas de sofrer que são contemporâneas. Talvez a aproximação com o assunto ajude a diminuir o estigma e o

tabu, algo que foi destacado pelos participantes, dificultando a busca de ajuda. Assim, com o aumento da discussão sobre o tema espera-se que pais, educadores e profissionais ampliem o conhecimento em relação ao fenômeno e possam oferecer acolhimento.

Por ser uma pesquisa qualitativa teve-se uma amostra pequena de participantes, mas em contrapartida as entrevistas forneceram um material rico para análise. Pelo método escolhido as entrevistas foram analisadas em conjunto o que pode diminuir algumas singularidades e não ser possível discutir alguns pontos que fariam parte por exemplo, de um estudo de caso.

A partir dos resultados várias indagações surgiram para futuras investigações. Esta pesquisa utilizou apenas uma entrevista com cada participante, seria interessante realizar uma segunda entrevista para apresentar o que foi entendido pela pesquisadora e verificar a opinião do participante. Talvez uma amostra maior geraria novas informações. Além de entrevistas, também pode-se oferecer atendimento psicológico, que poderia ajudar a verificar as questões teóricas envolvidas na autolesão, além de beneficiar o participante com um acompanhamento. Consultar autores mais contemporâneos também pode proporcionar novas hipóteses e interpretações a autolesão.

7. Referências

ARCOVERDE, R.L. **Autolesão e Produção de Identidade**. 2013. 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

ASSUMPÇÃO, A.P.V.A. **O discurso da falta e do excesso: a automutilação**. 2016. 100f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2016.

ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 293-300, 2012.

BAETENS, I.; CLAES, L.; MUEHLENKAMP, J.; GRIETENS, H.; ONGHENA, P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. **Arch. Suicide Res.**, v.15, n.1, p. 56-67, 2011.

BAETENS, I.; CLAES, L.; WILLEM, L.; MUEHLENKAMP, J.; BIJTTEBIER, P. The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child- and parent-report. **Personality and Individual Differences**, v. 50, n. 4, p. 527–530, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo: Edições 70, 2010. 281 p.

BERNARDES, S. M. **Tornar-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015. 123f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BRENNER, C. **Noções básicas de psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

CALDAS, M. T. Condutas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 575-582, 2009.

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

CERUTTI, R.; MANCA, M.; PRESAGHI, F.; GRATZ, K. L. Prevalence and clinical

correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. **J Adolesc.**, v.34, n. 2, p. 337-47, 2011.

COUGHLAN, H.; TIEDT, L.; CLARKE, M.; KELLEHER, I.; TABISH, J.; MOLLOY, C.; HARLEY, M.; CANNON, M. Prevalence of DSM-IV mental disorders, deliberate self-harm and suicidal ideation in early adolescence: an Irish population-based study. **J Adolesc.**, v. 37, n. 1, p. 1-9, 2014

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

DINIZ, B. S. O.; KRELLING, R. Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico. **Rev. Psiq. Clín.** v. 33, n. 5, p. 272-275, 2006.

EVREN, C.; EVREN, B.; BOZKURT, M.; CAN, Y. Non-suicidal self-harm behavior within the previous year among 10th-grade adolescents in Istanbul and related variables. **Nord J Psychiatry**, v.68, n.7, p. 481-7, 2014.

FERREIRA, J.C. **Mensagens sobre Escarificações na Internet: Um Estudo Psicanalítico.** 2014. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, I.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389- 393, 2011.

FREUD, S. **À Guisa de Introdução ao Narcisismo.** 1914. V.I. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____. **O Inconsciente.** 1915. V.II. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____. **25º Conferencia:** La angustia, 1917. Obras Completas. Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2006.

_____. **Luto e Melancolia.** 1917, V.II. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____. **Além do princípio do prazer.** 1920. Obras Completas. Obras Completas. Vol. XIV. Obras Completas. Vol. XVIII. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **O Eu e o id.** 1923. Obras Completas. Vol. XVI. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **O Problema Econômico do Masoquismo.** 1924. V.III. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

_____. **Inibição, sintoma e angústia.** 1926. Obras Completas. Vol. XVII. Obras Completas. Vol. XVIII. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **32º conferencia. Angústia e instintos.** 1932. Obras Completas. Vol. XVIII. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **Esboço de psicanálise.** 1938. Obras Completas. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.

GARRETO, A. K. R. **O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação.** 2015. 223f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

GIUSTI, J.S. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo.** Tese. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

GONÇALVES, S. F.; MARTINS, C.; ROSENDO, A. P.; MACHADO, B. C.; SILVA, E. Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. **Psicothema (Oviedo)**, v. 24, n. 4, p. 536-541, 2012.

GRATZ, K. L.; HEPWORTH, C.; TULL, M. T.; PAULSON, A.; CLARKE, S.; REMINGTON, B.; LEJUEZ, C. W. An experimental investigation of emotional willingness and physical pain tolerance in deliberate self-harm: The moderating role of interpersonal distress. **Comprehensive Psychiatry**, v.52, p.275-285, 2011.

GREYDANUS, D.; APPLE, R. W. The relationship between deliberate self-harmnbehavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. **J MULTIDISCIPL HEALTHC**, v. 4, p.183–189, 2011.

GUERREIRO D. F.; SAMPAIO D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.204-213, 2013.

HAMZA C. A; WILLOUGHBY T. J. A Longitudinal Person-Centered Examination of Nonsuicidal Self-injury Among University Students. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 43, n. 4, p. 671–685, 2014.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. A. E.; O'Connor, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **Lancet**, v. 379, p. 2373–2382, 2012.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 431 p.

International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain> Acessado em: 22/09/2014.

JATOBÁ, M. M. V. **O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica**. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

KLINEBERG, E.; KELLY, M. J.; STEPHEN, A. S.; KAMALDEEP, S. B. How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. **BMC Public Health**, v. 13, p.572-582, 2013.

KIRCHNER, T.; FERRER, L.; FORNS, M.; ZANINI, D. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. **Esp Psiquiatr**, v. 39, n. 4, p. 226-35, 2011.

KLONSKY, E. D. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. **Psychiatry Res**, v. 166, n. 2-3, p. 260–268, 2009.

KLONSKY, E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. **Psychological Medicine**, v. 41, n. 9, p. 1981–1986, 2011.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

LANDSTEDT, E.; GADIN, K. G. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 39, n. 1, p.17-25, 2011.

LARKIN, C.; BLASI, Z.; ARENSMAN, E. Risk Factors for Repetition of Self-Harm: A Systematic Review of Prospective Hospital-Based Studies. **PLoS One**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2014.

LIMA, D. S.; PRIOR, K.; UCHIDA, R.; BROTTTO, S.; GARRIDO, R.; TAMAI, S.; SANCHES, M. Mutilação genital e psicose. **Rev. Psiq. Clín**, v. 32, n. 2, p. 88-90, 2005.

LUCASSEN, M. F.; MERRY, S. N.; ROBINSON, E. M.; DENNY, S.; CLARK, T.; AMERATUNGA, S.; CRENGLE, S.; ROSSEN, F. V. Sexual attraction, depression, self-harm, suicidality and help-seeking behaviour in New Zealand secondary school students. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 45, n. 5, p. 376-83, 2011.

LUNDH, L. G.; WÅNGBY-LUNDH, M.; PAASKE, M., INGESSON, S.; BJÄREHED, J. Depressive Symptoms and Deliberate Self-Harm in a Community Sample of Adolescents: A Prospective Study. **Depression Research and Treatment**, v. 2011, p. 1-11, 2011.

MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C.; SILVA, M. G. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 387-391, 2011.

MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009.

MADGE N.; HEWITT A.; HAWTON K.; WILDE, E.J.; CORCORAN. P.; FEKETE, S.; HEERINGEN, K.; DE LEO, D.; YSTGAARD, M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE)Study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.49, p.667-677, 2008.

MCCMAHON, E. M.; KEELEY, H.; CANNON, M.; ARENSMAN, E.; PERRY, I. J.; CLARKE, M.; CHAMBERS, D.; CORCORAN, P. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.49, n.12, p. 1929-35, 2014.

MORAN, P.; COFFEY, C.; ROMANIUK, H.; OLSSON, C.; BORSCHMANN, R.; CARLIN, J. B.; PATTON, G. C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. **Lancet**, v. 379, p.236–243, 2012.

MILAGRES, A.F. Corpo e automutilação na esquizofrenia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 447-459, 2006.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

MØHL, B.; SKANDSEN, A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. **Personality and Mental Health**, v. 6, n. 2, p.147-15, 2012.

MUEHLENKAMP J. J.; CLAES L.; HAVERTAPE L.; PLENER P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 6, p. 1-9, 2012.

NUCCI, M. G.; DALGALARRONDO, P. Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 2, p. 80-6, 2000.

O'CONNOR, R. C.; RASMUSSEN, S.; HAWTON. K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. **Br J Psychiatry**, v. 200, n. 4, p. 330-5, 2012.

O'CONNOR, R. C.; RASMUSSEN, S.; HAWTON, K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. **J Affect Disord**, v. 159, p. 46-52, 2014.

PAUL, E.; TSYPPES, A.; EIDLITZ, L.; ERNHOUT, C.; WHITLOCK, J. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. **Psychiatry Research**, v. 225, p. 276–282, 2015.

PLENER P. L.; LIBAL G.; KELLER F.; FEGERT J. M.; MUEHLENKAMP J. J. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. **Psychological Medicine**, v. 39, p. 1549-1558, 2009.

PLENER, P. L.; FISCHER, C. J.; IN-ALBON, T.; ROLLETT, B.; NIXON, M. K.; GROSCHWITZ, R. C; SCHMID, M. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 9, p. 1439-45, 2013.

PLENER, P.; SCHUMACHER, T. S.; MUNZ, L. M.; GROSCHWITZ, R. C. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 2, n. 2, p. 1-11, 2015.

POLIT D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** - avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

SCOLIERS G.; PORTZKY G.; MADGE N.; HEWITT A.; HAWTON, K.; WILDE, E.J.; YSTGAARD, M.; ARENSMAN. E.; DE LEO, D.; FEKETE, S.; HEERINGEN, K. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.44, p.601 -607, 2009.

SHEK, D.T.; YU, L. Self-harm and suicidal behaviors in Hong Kong adolescents: prevalence and psychosocial correlates. **Scientific World Journal**, v.2012, p. 1-14, 2012.

SPEARS, M.; MONTGOMERY, A. A.; DAVID GUNNELL, D.; ARAYA, R. Factors associated with the development of self-harm amongst a socio-economically deprived cohort of adolescents in Santiago, Chile. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 49, n. 4, p. 629–637, 2014.

SWANNELL, S. V.; MARTIN, G. E.; PAGE, A.; HASKING, P.; JOHN, N. J. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Suicide Life Threat Behav**, v. 44, n. 3, p. 273-303, 2014.

TEIXEIRA, E. H.; MENEGUETTE, J.; DALGALARRONDO, P. Matricídio, seguido de canibalismo e automutilação de pênis e mão em paciente esquizofrênico motivado por delírios religiosos. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 3, p.185-8, 2012.

TEIXEIRA, A. M. F.; LUIS, M. A. V. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, p. 31-36, 1997.

THYSSEN, L.S; CAMP, I. 2014. Non-Suicidal Self-Injury in Latin America. **Salud Mental** v. 37, p. 153-157, 2014.

TSAI, M. H.; CHEN, Y. H.; CHEN, C. D.; HSIAO, C. Y.; CHIEN, C. H. Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. **Acta Paediatr**, v. 100, n.11, p. 223-6, 2011.

TUISKU, V.; PELKONEN, M.; KIVIRUUSU, O.; KARLSSON, L.; MARTTUNEN, M. Alcohol use and psychiatric comorbid disorders predict deliberate self-harm behaviour and other suicidality among depressed adolescent outpatients in 1-year follow-up. **Nord J Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 268-75, 2012.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p.507-514, 2005.

WAN, Y. H.; HU C. L.; HAO, J. H.; SUN, Y.; TAO, F. B. Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 20, n. 10, p. 517-25, 2011.

WATANABE, N.; NISHIDA A.; SHIMODERA, S.; INOUE, K.; OSHIMA, N.; SASAKI, T., INOUE, S.; AKECHI, T.; FURUKAWA, T.A.; OKAZAKI, Y. Deliberate self-harm in adolescents aged 12-18: a cross-sectional survey of 18,104 students. **Suicide Life Threat Behav**, v. 42, n. 5, p. 550-60, 2012.

WU, D.; ROCKETT, I.R.; YANG, T.; FENG, X.; JIANG, S.; YU, L. Deliberate self-harm among Chinese medical students: A population-based study. **J Affect Disord**, v. 202, p.137-44, 2016.

YOU, J.; LEUNG, F.; FU, K. Exploring the reciprocal relations between nonsuicidal self-injury, negative emotions and relationship problems in Chinese adolescents: a longitudinal cross-lag study. **J Abnorm Child Psychol**, v. 40, n. 5, p. 829-36, 2012.

YOU, J.; LEUNG, F.; FU, K; LAI, C. M. The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. **Arch Suicide Res**, v. 15, n.1, p. 75-86, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Carta Convite

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada”.

Essa pesquisa faz parte do projeto de mestrado em Ciências da Saúde desenvolvido pela pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos. O objetivo é compreender o fenômeno da autolesão a partir dos significados a ele atribuídos pelos jovens que vivenciam ou vivenciaram tal experiência.

Para participar você precisa ter idade entre 18 e 29 anos e já ter realizado ou realizar pelo menos um desses atos: cortes, queimaduras, se bater, coçar, furar a pele com objetos pontiagudos e cutucar a pele até causar ferimentos.

A participação na pesquisa consiste em ser entrevistado pela pesquisadora. As informações relatadas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

A participação não é obrigatória e a recusa não implicará em qualquer prejuízo.

Caso deseje participar ou tenha dúvidas entre em contato pelo e-mail vivianebarbosa.psicologia@gmail.com ou telefone (16) 9 82067601.

Atenciosamente,

Viviane da Silva Barbosa

Psicóloga e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

APÊNDICE II – Quadros para verificar a saturação da amostra

Quadro 1 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria O contexto da prática de autolesão que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Tipo | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 10 |
| Objeto | x | x | | x | x | x | x | x | x | x | 9 |
| Local | x | x | | x | | | x | | x | x | 6 |
| Idade início | x | x | | x | x | | x | | x | x | 7 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Quadro 2 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria Sensações e sentimentos que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Alívio | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 10 |
| Angústia | x | x | | | | x | | x | | x | 5 |
| Culpa | x | | | | | | x | | x | x | 4 |
| Raiva | x | | | | | | | | | | 1 |
| Tristeza | | | | x | x | x | | | x | | 4 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Quadro 3 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria Motivos que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Abuso sexual | | | | x | | | | | | | 1 |
| Curiosidade | | | | | | | | x | | | 1 |
| Fatores acadêmicos e profissionais | | | x | x | | | | x | | x | 4 |
| Não aceitação de si | | | | | | | x | | | | 1 |
| Relacionamentos | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | 9 |
| Solidão | x | | | | | x | | x | x | | 4 |
| Transtornos mentais | | | x | | x | x | x | | x | x | 6 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | |

Quadro 4 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria Finalidade que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Fuga | x | | | | x | | | x | | | 3 |
| Punição | x | | | | | | | | | x | 2 |
| Uma forma de expressão | | | | | | | | | x | | 1 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |

Quadro 5 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria Aspectos associados que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Baixa autoestima | x | | | | x | | | x | | x | 4 |
| Falta de identificação | | | | | | x | | | | | 1 |
| Orientação sexual | x | | | | | x | x | | | | 3 |
| Necessidade da autolesão | x | | x | | | | | | | | 2 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Quadro 6 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria Os significados e sentidos da dor que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| A dor física alivia a dor emocional | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | 9 |
| Dor boa | x | x | x | x | | x | | | | | 5 |
| Dor desejada | | | | | | | | x | x | | 2 |
| Intensidade da dor | | | x | x | x | | x | | | | 4 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |

Quadro 7 – Distribuição da frequência de temas referentes à categoria Experiências descritas que emergiram do conteúdo das entrevistas da pesquisa “A prática de autolesão: uma dor a ser analisada”. São Carlos, 2016

| Tema | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total de ocorrências |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|
| Abuso de substâncias | x | x | | x | | x | | | | x | 5 |
| Pensamentos de suicídio/morte | x | | x | x | | | | x | | x | 5 |
| Total de novos temas para cada entrevista | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | |

APÊNDICE III - Roteiro de entrevista

Questões da entrevista semiestruturada

- 1- Em relação a autolesão, o que especificamente você costuma fazer ou costumava fazer?
- 2- Você lembra quando foi a primeira vez que você praticou a autolesão?
- 3- Como você se sente antes de praticar a autolesão?
- 4- E como você se sente no momento em que pratica a autolesão?
- 5- Como você se sente depois?
- 6- Você sente dor no momento em que realiza a autolesão? Me fale um pouco sobre isso.
- 7- Como você avalia a dor depois da autolesão?
- 8- Por que você acha que pratica/praticava a autolesão?

APÊNDICE IV- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A prática de autolesão em jovens, uma dor a ser analisada”.
2.
 - a. Você foi selecionado por ter idade entre 18 e 29 anos, já ter realizado ou realizar pelo menos um desses atos: cortes, queimaduras, se bater, coçar, furar a pele com objetos pontiagudos e cutucar a pele até causar ferimentos, e sua participação não é obrigatória.
 - b. O objetivo deste estudo é compreender, à luz da psicanálise, o fenômeno da autolesão a partir dos significados a ele atribuídos pelos jovens que vivenciam ou vivenciaram tal experiência.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado pela pesquisadora.
3. Os riscos relacionados à sua participação são a possibilidade de se sentir constrangido, angustiado e desconfortável nas respostas das perguntas. Caso isso ocorra e julgue necessário você poderá conversar com a pesquisadora sobre isso, solicitar uma pausa ou mesmo pedir para interromper a participação. Se após a participação na pesquisa você sinta a necessidade de acompanhamento psicológico, você deverá comunicar isso à pesquisadora para que ela dê o devido encaminhamento. Os benefícios relacionados com a sua participação são a colaboração com o estudo, considerando que o comportamento de autolesão deve ser melhor investigado para, a partir disso, refletirmos sobre prevenção e também a assistência a ser prestada. Após a entrevista, caso o participante não realize atendimento psicológico será indicado locais da cidade que oferecem atendimento gratuito e locais com valor reduzido. Se na entrevista for identificado urgência do participante ser atendido, na ausência de um serviço que possa realizar esse atendimento no momento, a pesquisadora oferecerá atendimento de apoio, com objetivo de trabalhar as questões relacionadas ao tema da pesquisa. Será proposto a realização de 10 sessões.
4. Toda a coleta de dados será feita por mim, Viviane da Silva Barbosa, psicóloga e mestranda pelo Programa de pós-graduação em Enfermagem e supervisionada por minha orientadora, Profa Dra Priscilla Hortense.
5. Você poderá solicitar esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa a respeito dos procedimentos. No final do termo é fornecido os dados da pesquisadora.
6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição. Caso você receba serviços na Instituição eles não sofrerão qualquer alteração. Ficando exclusivamente em seu critério decidir pela participação ou não na pesquisa.
7.
 - a. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
 - b. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. A cada participante será atribuído um número, assim no lugar dos nomes será utilizado P1, P2, P3...Qualquer informação que possa facilitar a sua identificação será omitida. Também não será divulgado a instituição em que foi realizada a coleta e nem a cidade, sendo referida apenas como uma cidade de porte médio do interior de São Paulo.
8. Caso você tenha despesas para se locomover ao local para a entrevista ele será ressarcido pela pesquisadora.
9. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Viviane da Silva Barbosa

Telefone (16)982067601

Rodovia Washington Luis, Km 235 Caixa Postal 676, CEP 13565-905 São Carlos/SP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, de de 2016

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE V - QUADRO CATEGORIAS, TEMAS E FALAS

| Categorias | Temas | Falas |
|---|--------|--|
| O contexto da prática de autolesão | Tipo | Geralmente....é, eu faço cortes com tesoura, são cortes com tesoura e essa coisa de objetos pontiagudos, que você faz pra furar mesmo. (P1) |
| | | Geralmente eu faço cortes na pele, geralmente é mais cortes (...) Essa daqui é uma queimadura, essa redondinha. (P2) |
| | | Eu me belisco, nossa belisco (...) eu puxo o meu cabelo, começo a me dar tapa. (P3) |
| | | É queimaduras (....) E teve uma época um pouco antes que eu deixava....que quando eu me machucava eu ficava cutucando assim pra continuar aberto e doer. (P4) |
| | | Conforme eu fui ficando mais velha a crise (de terror noturno) não melhorou, o que deveria melhorar, e aí eu comecei a ter consciência durante a crise então eu comecei a apresentar alguns cortes no braço(...) E as vezes eu também me debatia conscientemente e acabava também tendo algumas outras lesões, mas aí também era uma lesão pra causar a dor...em vista do terror noturno mesmo. (P5) |
| | | Eu tinha a pratica de me cortar. (P6) |
| | | Bom seria cortes, eu me arranhava também. (P7) |
| | | Eu me cortei. (P8) |
| | | Cortes....basicamente. (P9) |
| | | Eu já me queimei, já me furei (...) Bater a cabeça na parede (...) Não sei te falar quantas vezes eu me cortei, muitas. (P10) |
| | Objeto | Ah vai qualquer coisa assim na verdade, pode ser agulha, pode ser sei lá, um garfo, palito de unha também já usei (...) Nesse caso eu tinha usado uma régua eu tinha quebrado a régua e vi que ela tava com uma ponta mais. (P1) |
| | | Ai eu faço com....eu fiz com....vidro sabe?! vidro quebrado(...) Ah eu coloquei um objeto quente. (P2) |
| | | Ah eu pego alguma coisa de metal, uma faca ou sei lá, geralmente eu pego aquele negócio, como chama....pinça e a parte debaixo da pinça eu queimo e coloco na pele. (P4) |
| | | Geralmente era com algum objeto bem afiado, como uma faca mesmo....estilete.(P5) |
| | | Eu me cortava com gilete. (P6) |
| | | Com aquelas laminzinhas, não sei o nome direito, mas era de colocar em gilete antigo sabe? (P7) |
| | | Com estilete. (P8) |
| | | Eu fiz com a unha(....) Esses cortes menores com a unha. (P8) |
| | | Com qualquer coisa que tivesse a minha frente que cortasse. (P9) |
| | | Se não tivesse faca, qualquer coisa pontiaguda, dava pra me arranhar também. (P10) |

| | | |
|--------------------------------|-----------------|--|
| | Local | Geralmente os braços. (P1) |
| | | É mais no braço. (P2) |
| | | Muito a coxa, o braço (P3) |
| | | No antebraço. (P4) |
| | | No braço (P5) |
| | | No braço (P6) |
| | | No braço. (P7) |
| | | No pulso (P8) |
| | | No pulso. (P9) |
| | | Depois de um tempo eu fiquei um pouco mais esperto, eu comecei a me cortar onde ninguém via, na sola do pé, que só deu certo até um ponto porque sangrava e a minha mãe via mancha de sangue na meia (...) Furar eu me furava no vão dos dedos, sempre pra esconder sabe?! Geralmente produzia atenção indesejada. (P10) |
| | Idade de início | Foi na oitava série (tinha 14 anos). (P1) |
| | | Faz uns 3 anos que eu fiz, ai eu parei, ai agora voltou um pouquinho sabe?! (tinha 21 anos) (P2) |
| | | 17 (P3) |
| | | 17...18.....não sei. (P4) |
| | | Eu acho que aos 11 anos. (P5) |
| | | Acho que por volta dos 17, 18 anos (P6) |
| | | Eu acho que eu comecei com 14 anos, ai eu parei nos 15 por ai, mas eu não fazia muito...(P7) |
| | | Foi na sétima série, eu tava com 13 anos (P9) |
| | | Acho que a primeira vez que eu fiz isso eu tinha 15. (P10) |
| Sensações e sentimentos | Alívio | Olha parece que ajudou a aliviar sabe?! Então eu associei isso entre aspas como uma coisa boa, quando eu to muito mal e eu não consigo resolver ou a situação ou eu não consigo tirar aquela angústia de mim, ai eu acabo recorrendo a isso, porque das outras vezes meio que aliviou um pouco. Era como se colocasse pra fora isso, um pouco disso (...) E ai fazendo esse tipo de coisa parece que alivia um pouco, não sei, talvez por sentir a dor física ou algo do tipo mas melhora um pouquinho (...) Depois assim já é aquela coisa de ficar mais aliviada. (P1) |
| | | A autolesão é um sintoma do que eu passo ne?! Eu faço pra aliviar algumas coisas. (P2) |
| | | Eu não consigo aliviar de outro jeito o que eu sinto. (....) Ah eu me sinto um pouco melhor, sinto como se eu tivesse esquecendo sabe?! quando eu to fazendo alguma coisa, como se eu tivesse concentrado naquilo e não tivesse pensando em outra coisa sabe?! Acaba aliviando assim o que eu to sentindo, mas é também temporário, é só um pouco, depois assim. (...) Por causa....pra aliviar os sintomas que eu sinto de angústia, de tudo né (...) Ajuda |

| | | |
|--|--|---|
| | | na hora né, mas assim não é o tratamento né, alivia na hora que eu to sentindo, mas sempre retorna, sempre retorna, sempre retorna. (P2) |
| | | Assim, ajuda, alivia, mas não para, eu tenho que ou conversar com alguém ou comigo mesma, que aí vai melhorando, mas só me bater assim não para, mas alivia um pouco (...) Então na verdade eu não sinto nada, nada, só...eu to me beliscando essas coisas eu não sinto nada, eu sinto sabe como se fosse alguma coisa tão leve, eu não sei explicar só que isso me alivia, alivia o choro, essas coisas. (P3) |
| | | Ah a minha cabeça, o meu coração, sente um alívio por dentro....talvez...para um pouco a vontade de chorar, as vezes também depois que eu faço eu choro, fico ouvindo música que me deixa triste...não sei.....(P4) |
| | | Ah é bom as vezes, eu não sei dizer o que eu sinto, mas como se tivesse aliviado um pouco...enquanto eu to sentindo arder também tipo....eu não sei, eu me sinto bem, só que depois quando começa a cicatrizar e se eu continuo me sentindo mal ai sabe eu fico pensando ai porquê? Não é uma coisa efetiva né, é uma coisa muito...o momento (....) Ah é isso, as vezes fica do mesmo jeito, não adianta nada, e as vezes dá um alívio. (P4) |
| | | A primeira sensação é de alívio...que eu saio um pouco desse estado de pânico decorrente da dor, então no meu caso é um alívio (....) Foi a solução que eu encontrei e acabou ficando essa solução, até hoje quando eu tenho crises muito fortes e eu quero acordar dessa crise eu acabo fazendo cortes no meu braço porquê dá sensação de alívio até hoje (....) Um alívio de todo esse mar de sentimentos que você tá passando durante uma crise, durante um problema. (P5) |
| | | Era uma forma de me aliviar (...) Eu acho que isso aliviava. (...) No momento era bom, trazia alívio, chorava bastante, acho que isso também era uma consequência boa assim né, acho que precisava chorar..... (P6) |
| | | Ver sair o sangue, vê a ferida ali, acho era realmente uma forma de aliviar as angústias, as tensões que eu tava sentindo (...) Ah acho que era importante (ver o sangue) acho que fazia parte assim do....desse ritual assim de me aliviar né...acho que vê alguma coisa sair, talvez viva e quente, talvez fosse importante naquele momento por conta dos meus sentimentos, do que eu tava sentindo (...) Era muito bom me aliviar daquilo sabe, daquela intensidade toda, daqueles sentimentos todos, talvez isso possa ter sido ruim em partes, mas acho que talvez foi parte do tratamento, no sentido de talvez conseguir lidar com essas coisas, de pensar melhor, talvez depois de ter me aliviado de coisas tão....emocionalmente tão intensas, eu conseguisse pensar nelas com menos angústia, com menos desespero, não sei. (P6) |

| | | |
|--|----------|--|
| | | Pra mim foi uma forma de aliviar, pelo menos o que eu não conseguia falar, eu só vivia chorando (...) Acho que eu ficava pensando, eu preciso fazer isso porque vai me ajudar, vai me aliviar de certa forma, e depois que eu fazia eu me sentia um pouco bem, mas não era o suficiente. (P7) |
| | | Eu me concentrava em tudo que tava me deixando mal, tudo passava na minha mente bem rápido, vários flashes, então eu tentava meio que...não sei, eu tava....procurando me sentir aliviado sabe?!(...) Eu sentia que de certa forma eu encontrava esse alívio sim, mas é temporário, igual eu falei, é colocar as coisas debaixo do tapete sabe?! É como você empurrar as coisas no armário, fechar, só que quando você abre cai tudo em cima de você, é tipo isso, mas é, eu encontrava um pouco de alívio sim. (P8) |
| | | Eu não tenho ninguém para falar e ai escrever...eu escrevo bastante, ai escrever não adianta, ouvir música não adianta, nada adianta e ai você faz isso, parece que ah agora tudo bem, não que tudo bem, mas não sei, é como se fosse um grito sabe?! Só que sem poder gritar e ai é isso assim, dá uma sensação boa de alívio (...) Na hora dá uma aliviada. (P9) |
| | | Momentaneamente dá um alívio porque eu acho que eu ataquei o culpado, mas é bem momentâneo. (P10) |
| | Angústia | Ah é que parece que você tá meio que se sufocando sabe?! Aquele sentimento de angústia, você quer, sei lá, fugir e tudo mais. Fica aquela coisa parada assim no peito e tal na garganta também e tudo mais (...) E ai é essa coisa mesmo de ficar desesperado, querendo fugir de alguma coisa assim, que eu não sei o que é na verdade, mas é esse sentimento de sei lá, tá sozinha, essa angústia mesmo. (P1) |
| | | Eu me sinto muito, eu não sei, uma angústia, ah não sei descrever direito, mas eu me sinto muito, muito....é mais angustiado assim, triste também, acho que é mais angustiado, triste também, mas acho que é mais angustiado assim. (P2) |
| | | Acho que uma angústia assim, principalmente, muito grande das coisas (...) Muita angústia, uma coisa muito pesada sabe, coração pesado. (P6) |
| | | Não sei, eu tava me sentindo muito angustiado sabe?!(P8) |
| | | Ah essa é a pior, dor psicológica....olha eu não sei te falar como fica, porque até hoje eu não sei como fica, eu sei que eu to quase sempre angustiado, muito angustiado, já levei isso em terapia, já troquei de remédio um monte de vez, os antidepressivos que eu tomei nunca melhorou nada, ai junta angústia com culpa, com falta de esperança, com desejo de morte (...) Angústia é uma coisa assim que eu sei que eu não vou viver sem, eu sei que é impossível uma vida sem angústia, mas a angústia ser o seu companheiro de quarto é terrível, ela tá ali o tempo inteiro é terrível. (P10) |
| | Culpa | Passando um certo tempo eu já fico meio que poxa, eu não precisava ter feito isso ai eu fico me sentindo meio culpada. |

| | | |
|--|-------|---|
| | | <p>Eu me sinto culpada depois. (...) E minha namorada agora. Inclusive ela ficou brava comigo esse final de semana, eu não ia contar, mas ela acabou vendo também, então eles ligam, na hora eu acho que ninguém vai ligar assim, e então eu acabo fazendo, mas depois quando eu sinto aquela coisa de culpa por ter feito, ai eu penso nas pessoas que vão ligar e acabo ficando mais culpada ainda. (P1)</p> |
| | | <p>Na hora eu queria fazer, só que depois eu ficava, eu não devia ter feito isso era como um arrependimento na hora, mas eu queria fazer e não queria, era assim. (P7)</p> |
| | | <p>Melhora na hora, só que ai depois junto com a tristeza, que não passa totalmente, vem a culpa sabe?! que ai eu fico olhando e fico....eu olho assim e falo que ridículo, porque no fundo é meio ridículo sabe?!(...) Não é a mesma coisa, mas uma analogia boa é quando você come muito, depois que você come você deita no sofá você tá tipo satisfeito, mas também se sente culpado porque comeu demais, é mais ou menos essa sensação assim, você deita e fica....ao mesmo tempo que é uma sensação boa também te traz uma certa culpa.(P9)</p> |
| | | <p>Depois já volta toda essa enxurrada de sentimentos que eu te falei, volta culpa, volta o fato de eu estar no mesmo lugar, não ter mudado nada, de eu estar o mesmo. (...)Eu me culpo por tudo de errado na minha vida, eu tenho aquela voz que diz que tudo errado foi porque eu não me esforcei o suficiente(...) Eu acho que tem mais a ver com culpa, de eu me culpar pela timidez, de eu me culpar por ser impotente a respeito dela, de eu me culpar por eu ter errado na escolha do curso, de eu me culpar por não saber o que fazer da minha vida agora, acho que tem mais a ver com culpa e com atacar o culpado, eu. (...) Eu sentia que eu era o culpado por tudo e que eu tinha que sofrer por isso (...) Porque eu era o culpado, porque eu não me esforçava bastante, porque sei lá, todo mundo conseguia e eu não conseguia, eu sempre me comparei muito aos outros sabe?! e infelizmente pelo menos nesse aspecto eu sempre fui inferior, pelo menos na minha cabeça (...) Sim (se sente culpado). Quando eu me corto sim, antes e depois, porque acho que depois eu também percebo que eu não mudei nada sabe?! só me flagelei, possivelmente minha mãe, alguém que me ama vai ver aquilo, vai ficar sofrendo e eu só piorei a situação (...) Ainda pior, eu me olho no espelho e falo a culpa é sua.....a culpa é sua. O que só aumenta o meu ódio, o que só aumenta a minha vontade de me cortar (...)E tudo isso que eu falei até hoje é verdade, nada mudou, nada melhorou, o tempo passou e piorou. (P10)</p> |
| | Raiva | <p>Eu me sinto um pouco com raiva, assim é um pouco com raiva, assim, sei lá, por algum motivo eu penso que as decisões que eu fiz, algumas parecem erradas, então eu me sinto culpada por isso, e eu fico com raiva das coisas em geral sabe. (...) Ah não sei, as coisas que me deixam chateada sabe?! alguns dos sentimentos e eu fico com</p> |

| | | |
|----------------|--------------|---|
| | | raiva deles tipo....sei lá por conta do estágio que foi essa última vez...eu fiquei com raiva por ter que voltar pra ficar aqui e não poder ficar na minha cidade, e todo esse tipo de coisa sabe?! ai vai puxando raiva das outras coisas, tipo...do pessoal de casa e coisas do tipo. É basicamente raiva mesmo. (P1) |
| | Tristeza | Geralmente eu to com muita....muito, muito triste, as vez eu choro, as vezes eu não consigo chorar e ai eu não sei, me passa pela cabeça isso, e ai eu faço. (P4) |
| | | Só que também tem aquela questão do...da consciência de que você tá se auto lesionando e que isso não é uma coisa boa pra você....então são dois sentimentos misturados né, essa questão do alívio, to voltando, mas também a questão da tristeza, do que você tá fazendo com você mesmo, então são duas coisas opostas ao mesmo tempo. (...) É triste, é triste pensar assim que você chegou nesse ponto. (P5) |
| | | Ah eu tava muito triste na época né, acho que na época eu só conseguia associar ao namoro, depois tem muita coisa, mas hoje eu vejo que eram outras coisas né. Essa falta, por exemplo, de identificação, de.....ai de conseguir me sentir pertencente a alguma coisa né assim, acho que...falta de amigos também, eu acho que isso foi...na hora eu coloquei tudo no mesmo saco mas não tava né. (P6) |
| | | Não tinha acontecido nada assim para falar foi isso, mas desde que eu me lembro assim eu sinto umas tristezas muito nada a ver sabe?! E ai eu lembro que esse dia era um desses dias assim (...) Tem as tristezas que a gente fala ah to triste por causa disso, e ai tem essas tristezas que, sei lá, é um aglomerado de sensações estranhas que te deixa muito triste, e não tem uma coisa específica. (P9) |
| Motivos | Abuso sexual | Ah eu sempre fui, eu não sei, desde a minha adolescência eu tive, eu acho que tinha alguns problemas psicológicos assim, não me sentia bem, e ai em (cita o ano) foi o meu primeiro ano de faculdade e não sei, o meu curso eu não sabia se eu queria continuar...ah eu tava com... muito mal estar psicologicamente, e ai eu fui um dia em uma festa e um cara tipo....a gente tava super bêbado, só eu não queria fazer nada com ele, e tipo tava passando mal e ele foi pra minha casa me ajudar, tipo eu apaguei e quando eu acordei ele tava em cima de mim, depois me tratou super mal e ai tipo juntou com os problemas financeiros que eu tava tendo, todo esse mal-estar que eu tava e tudo, eu não tava aguentando (...) Eu sofri meio que um abuso sexual e tava passando por várias dificuldades financeiras (P4) |
| | Curiosidade | Não tava triste, não tava nada, foi mais de curioso (...) Ah eu não era criança, eu tava no começo da adolescência então sabia sabe, tinha gente que fazia isso, mas porque eu fiz isso....eu não lembro direito não, acho que foi mais assim um experimento, não sei, bem esquisito isso, mas, eu mesmo to achando esquisito, mas eu realmente não lembro uma coisa assim que me fez querer fazer isso |

| | | |
|--|------------------------------------|--|
| | | sabe?! Acho que foi mais, realmente eu acho que foi curiosidade.(P8) |
| | Fatores acadêmicos e profissionais | Foi no primeiro semestre do primeiro ano, que assim eu vim direto da escola pra faculdade, então eu tava acostumada a tirar só nota alta, essas coisas, e na primeira prova como eu não sabia como estudar direito ainda, eu tirei 3, nossa eu comecei a me sentir burra, eu comecei, foi horrível, eu comecei a chorar muito, foi a primeira crise e eu comecei a me machucar, mas era só beliscão primeiro, e puxão de cabelo, depois que foi pra tapa. (P3) |
| | | Quando eu reprovava de matéria. (P4) |
| | | Também de eu não conseguir dar conta dos compromissos que eu assumi (...) Muito estressado, muito muito estressado, porque a graduação tava pesada, eu tava com muita coisa fora da graduação também. (P8) |
| | | Resolvi tentar outro curso, ai eu consegui, ai depois da graduação fui para a pós, então basicamente eu não parei pra pensar no que eu queria, só fui seguindo o fluxo sabe?! o curso que eu fiz eu acho que é um conhecimento que eu tinha que ter, é uma coisa que eu queria mesmo pra mim (omissão de detalhes do curso), só que eu errei porque você não entra na faculdade pra sanar uma necessidade pessoal, você entra pra se profissionalizar...então esse foi o meu erro, eu não tenho a menor ideia do que fazer agora, eu tive a minha chance de mudar, mudei errado. (...) O que tá acontecendo é o mesmo que aconteceu há muito tempo atrás, que é eu seguir o fluxo e não parar pra pensar sabe?! só que a diferença que eu tenho 27 anos, não tenho 20, o mercado de trabalho já é uma coisa um pouco mais complicada, já exige experiência, e é uma coisa que eu não tenho, então a situação agravou um pouquinho entendeu?! (P10) |
| | Não aceitação de si | Na maioria das vezes era quando....era porque eu não gostava do meu corpo em si, porque eu era muito excluída na escola, todas essas coisas, porque as pessoas me achavam estranha, porque eu não era tão bonitinha de acordo com eles, eu sou muito magra também, não tenho peso pra quase nada, não tenho o corpo certinho e tudo mais ai, eu não gostava de mim ai eu fazia também por causa disso. Mas agora eu estou tentando me aceitar. (P7) |
| | Relacionamentos | Eu tava, foi na oitava série na escola, foi na escola, foi depois que eu tinha meio que terminado meu primeiro namoro, não era bem um namoro, mas aquela coisa de criança e tudo mais. (P1) |
| | | Porque depois que minha mãe e meu pai se separaram, desde aquela época, ele se casou também de novo, só que com uma prima da minha mãe, só que pra minha mãe isso foi bem pesado assim, e ela tava comigo sozinha, pra me criar sozinha e ela acabou entrando em uma depressão muito forte e ela toma remédio até hoje. E toda vez que ela me via ela lembrava do meu pai então ela acabou descontando um pouco da raiva que ela tinha da situação toda em mim assim, durante esse tempo. (P1) |

| | | |
|--|--|---|
| | | Bom o meu pai e minha mãe se separaram quando eu era bem pequena, depois do meu batizado e assim ele foi embora e eu não conheço ele assim até hoje, eu não conheço. (P1) |
| | | Nos meus 15 anos eu comecei a namorar uma menina e eles descobriram, para a minha mãe não era a melhor coisa do mundo, mas tava tudo ok, agora para o meu padrasto não, então ele me mandou embora de casa e aí eu fui, minha mãe não foi a meu favor sabe, ela concordou com ele assim. E aí eu acabei indo e me senti meio que abandonada nessa também. (...) Eu fui acabar na casa da menina que eu tava namorando e o que foi ruim também (risos) porque 15 anos e parecia que eu tava casada assim sabe?! mas assim então acabou dando problema também aí...foi nessa época que eu comecei a me cortar mais, porque aí eu tava lá na casa dela, não tava ruim, todo mundo tava me tratando bem, mas eu tava me sentindo presa, eu tava me sentindo presa aquilo, e eu não conseguia terminar com ela porque eu ficava pensando tipo pra onde eu vou agora? minha mãe me mandou pra fora de casa e eu não posso voltar pra lá. E aí eu tava ficando lá por não ter pra onde ir e aquilo tava pesando muito em mim e nessa época eu comecei a me cortar bastante. (P1) |
| | | E agora eu to namorando de novo né, uma outra menina também, a gente tá junto vai fazer 8 meses já e ela começou a faculdade também essa semana, ela faz lá em (...) e aí eu fiquei com aquela coisa na cabeça, ah agora ela vai pra faculdade, ela não vai querer mais nada comigo, ela vai me deixar também. (P1) |
| | | Bom geralmente começa com pesadelos, pesadelos assim, uma junção dos meus maiores medos assim sabe, meu maior medo, eu tenho comigo essa sensação de abandono, acho que isso vem tipo desde o meu pai, minha mãe depois também. (P1) |
| | | É...eu acho que tipo eu tenho alguns problemas com...não é problemas, problemas meus na verdade, com a minha namorada, aí eu acabo...alguma coisa não sai do jeito que eu quero aí eu acabo fazendo isso tipo pra aliviar da dor que eu sinto emocionalmente sabe?! (...) Então eu sou muito...qualquer coisa que não dê certo, que ela (namorada) não faça do jeito que eu quero, eu me sinto muito mal, me sinto deprimido, eu fico chateado, as vezes acabo exigindo demais dela, brigando, alguma coisa assim sabe?! aí eu acabo tomando, as vezes eu tomo remédio ou faço isso, essas autolesões. (...)Sempre, todas elas são relacionadas a isso (ao namoro). (P2) |
| | | As crises só começaram depois que eu comecei a ir mal na faculdade, é que eu não costumo ir mal, mas quando eu tiro nota baixa vem, toda vez que eu tiro nota baixa vem, mesmo que eu estudei pouco, mesmo que...vem os pensamentos, vem tudo que ela (a mãe) falava que eu não ia ser nada, que ia gastar dinheiro atoa comigo, então acho que ir mal meio que...como que eu posso falar, eu não sei como eu posso fazer essa frase, mas ir mal na faculdade é |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>como se ela tivesse acertado, sobre tudo que ela dizia, então ai começa, é a gota d' água, dai eu tenho crise com certeza...por isso eu acho que eu tento ir tão bem sabe?! porque eu não gosto de ter isso (...) Então...eu começo a pensar que eu sou uma nada, que eu sou um fracasso, que eu faço tudo errado, que eu sou muito burra, essas coisas, mas assim parte desses pensamentos vem da minha mãe, porque quando eu fazia alguma coisa errada ela falava tudo isso pra mim, então eu acho que eu tomei como certo sabe?! Ai quando vem, quando eu tenho crises tudo isso volta, ai eu começo a ter esses pensamentos de novo, que eu não sirvo pra nada, que eu só to dando gastos para os meus pais, essas coisas. (P3)</p> |
| | | <p>O meu pai também foi embora de casa quando eu tinha 13 anos e ai ele voltou a dá notícias também....ele voltou a ligar pra casa e depois de um tempo ele apareceu e eu fiquei muito ruim por causa disso também. (P4)</p> |
| | | <p>Ah quando, sei lá, minha mãe brigava comigo, tipo de um jeito, por uma coisa que eu não tinha meio controle sobre. (...) Ah não sei, minha mãe sempre briga muito, porque ela quer que a gente seja de um jeito que eu e os meus irmãos não somos, sabe?! Tipo é....teve uma vez....muito eficiente, etc, coisas que eu não consigo fazer, e ai quando ela brigava por essas coisas que não tem como eu mudar na hora, ai tipo eu ficava magoada e fazia, quando eu voltava pra minha casa tipo e as pessoas brigavam comigo, o que eu tava fazendo aqui, mais ou menos essas coisas. (P4)</p> |
| | | <p>Eu acho que foi decorrente de alguns problemas familiares...a separação do meu pai e da minha mãe, alguns problemas que o meu pai teve, foi justo numa época que o meu pai ele tentou suicídio, e eu me senti muito mal por isso e desencadeou todas outras crises, bem na mesma semana que ele tentou suicídio um amigo meu morreu, então ai eu passei mais de um ano tendo crises assim todo mês, então eu sempre tinha algum corte no braço, sempre procurava esconder também, e eu tinha mais ou menos 12 anos, entre 11 e 12 anos. (P5)</p> |
| | | <p>Eu também comecei a namorar muito cedo, comecei um relacionamento com 13 anos que foi até os 17, eu acho que isso foi bastante problemático, no sentido assim de que eu era muito nova e eu acho que isso também condicionou muita coisa. E ai quando esse relacionamento acabou, durou ai quase 5 anos né....eu tive depressão, e ai nesse período eu comecei a me cortar, a tomar remédio, beber muito, uns comportamentos um tanto quanto autodestrutivos (P6).</p> |
| | | <p>Eu acho que eu fiz no banho, é que os meus pais tinham brigado entre si e depois tavam brigando comigo e com meus irmãos....(...) Eu não lembro exatamente porque eles estavam brigando, só que o meu pai ele era usuário de drogas. Ai a minha mãe como a maioria das pessoas não gosta disso e queria que ele parasse e ele ficava muito estressado e descontava muito na gente e por qualquer</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | coisinha brigava. Ai acho que foi por isso porque também ele é muito estúpido as vezes e preconceituoso e eu não gosto disso...(P7) |
| | | Ah quando eu fui contar para os meus pais que eu sou bissexual eu acho que eles meio que associaram isso (às autolesões) porque ai eu já tava estranha e bem distante deles, ai mais briga por causa disso, meu pai ficou mais estúpido, que eu não podia fazer isso, que se eu fosse me cortar era pra fazer direito, pra ir para o hospital ou então me matar de uma vez, ai eu não ficava bem. (P7) |
| | | Eu brigava muito com a minha namorada também, cada vez mais, fazia um tempão que eu queria terminar porque a gente só brigava, não fazia bem nem pra mim e nem pra ela. (P8) |
| | | Meus pais agora tão se separando....é, eu sabia que o meu pai...como eu posso dizer....o meu pai traiu a minha mãe e eu fiquei um tempão desconfiando, depois eu descobri algumas coisas, só que eu não conseguia comprovar nada, eu sabia que ele tava traindo ela, só que o que acontece, a gente tava com muitos problemas financeiros então eu quis omitir isso dela e da minha irmã. (P8) |
| | | Eu comecei a perceber outras coisas, outras faltas que tiveram dele, tipo de toda a minha vida, coisa que a minha mãe as vezes falava pra ele na minha frente, por exemplo, ah eu odeio futebol, que menino não gosta de futebol?! Sempre odiei, mas, uma vez quando eu era mais novo minha mãe tava discutindo com o meu pai e falou ah porque você acha que seu filho não gosta de futebol? Você nunca levou ele pra jogar bola com você e tal, sabe e tudo isso fica martelando na minha cabeça, eu fico pensando em outras coisas parecidas com isso (...) Um exemplo bom na verdade, eu aprendi a fazer barba sozinho, tipo lógico ah eu não consigo aprender a fazer barba, é uma coisa simples de se aprender, mas tem um significado grande né, o pai ensinar o filho a fazer a barba e ele nunca tipo....(chora) sei lá....desculpa.(P8) |
| | | Uma coisa que as vezes eu lembro também é...praticamente todo menino quando é criança tem o pai como herói, como super herói, quando eu crescer quero ser igual ao meu pai e tal, e eu também era assim, mas não porque eu idolatrava o meu pai, mas porque os outros meninos eram assim, só que eu demorei pra perceber isso sabe?!(P8) |
| | | Ai a minha mãe tenta fazer com que eu não me afaste do meu pai, tenta amenizar um pouco a raiva, a bronca que eu tenho dele, raiva mesmo que eu tenho dele, tenta tipo mostrar tudo que ele já fez de bom, trabalhou pra caramba mesmo pra sustentar a gente, mas tipo, ela fala que ele não sabe se expressar direito, ele é quieto, ele é na dele, mas poxa mesmo assim sabe?! Eu não, eu sinto que por mais introvertido, por mais introvertido que ele fosse, por mais dificuldade que ele tivesse de demonstrar afeto mesmo assim, ainda falta, mesmo assim sabe?! mesmo que uma coisa simples, uma coisa boba, porque só pagar as contas não....isso é cuidar, isso é amor e tal, mas só |

| | | |
|--|---------|---|
| | | <p>isso sabe?!(...) A ausência, mesmo quando ele tava em casa ele raramente fazia alguma coisa com a gente, o tempo que eu tinha com o meu pai era quando a minha mãe, ela trabalhava um dia da semana a noite, então o tempo que a gente ficava junto eu e minha irmã era essa noite que era a única vez que ele cozinhava pra gente, fazia miojo, e as vezes brincava com a gente e tal, mas era porque a minha mãe não tava ali, as outras noites ele tava em casa e ela também, ele não fazia nada com a gente. (P8)</p> |
| | | <p>Eu não faço mais questão de construir um relacionamento com o meu pai. (P8)</p> |
| | | <p>Eu sempre fui, todo mundo acha o contrário, mas eu sempre fui muito tímido, muito tímido, mesmo assim, em especial com mulher, chegava a ser patológico sabe?! se eu tinha que falar com uma menina do meu interesse eu quero dizer, não qualquer menina, eu travava, suava frio, eu travava mesmo sabe?! E eu sempre me culpei muito por causa disso (...) Boa e velha timidez....pra você ter uma noção eu dei meu primeiro beijo com 18 anos, porque eu tava muito bêbado, muito muito bêbado, em uma sociedade que as pessoas perdem a virgindade com 15, eu me senti um lixo, me sinto ainda, esse é meu grande calcanhar de Aquiles. (...) A timidez é uma fobia praticamente relacionada ao sexo oposto, mas é fobia mesmo, é fóbico, é um negócio assim eu travo, eu começo a suar frio, eu fico mudo, isso desde os 11,12 anos. (...) Eu travo, eu suar frio, eu fico mudo, eu gaguejo, eu prefiro enfrentar alguém armado do que enfrentar.....sério....prefiro enfrentar uma cobra do que enfrentar uma mulher que eu quero, o que me doi muito.(P10)</p> |
| | Solidão | <p>Só que eu consegui um estágio aqui né, no final do ano, e aí eu tive que ficar nas férias aqui, e aí em janeiro no começo eu tava muito, sei lá, porque o pessoal que eu conhecia daqui não tava aqui, então eu fiquei bem sozinha e isso começou a pesar um pouco. (P1)</p> |
| | | <p>Ah e tipo na escola eu sempre fui meio que sei lá eu gostava mais de ficar na minha e tudo mais assim, eu não, eu conheço bastante gente, mas na minha cabeça eu não consigo fazer amigos mesmo, tipo do jeito certo, e manter eles , aí eu fico me sentindo meio, sei lá, parece que eu to sozinha mesmo, é essa coisa que sempre me acompanha, de abandono mesmo. (P1)</p> |
| | | <p>Geralmente eu fazia isso mais quando tava sozinha em casa, acho que também ficar sozinha alimentava certas coisas e essa vontade de se cortar também né. (P6)</p> |
| | | <p>Eu me sentia muito sozinho, eu morava sozinho, agora eu não moro mais, eu tinha amizade com o pessoal do prédio porque todo mundo lá morava sozinho, mas a gente sempre ficava um no apartamento do outro e tal, sempre sai com os meus amigos também e tal, mas mesmo assim eu me sentia...(P8)</p> |

| | | |
|--|---------------------|--|
| | | Eu me cortei porquê...eu não tinha pra onde fugir, não tinha pra quem contar, fazia um tempo que eu não conseguia me abrir com a minha mãe sobre essas coisas, agora eu tenho me aproximado mais dela e tal, mas eu não conseguia contar essas coisas pra ela, não só as coisas do meu pai, mas eu não tinha ninguém pra conversar, mesmo a minha ex namorada, uma das coisas que me fizeram querer terminar é que eu não sentia que ela era minha amiga, e aí eu...a gente tem que ser amigo, mas sei lá, eu não tinha assim um amigo pra contar, não tinha alguém pra desabafar, então eu não tinha pra onde fugir, eu fugia pra mim mesmo(P8). |
| | | A última vez fazia vários dias que eu tava muito muito mal, tava até sem ir na aula e aí eu tava em casa, e aí eu comecei a beber e aí eu chorava compulsivamente assim, não tinha ninguém pra conversar nem nada e aí eu fiz isso, a última vez que eu me lembro foi isso. (P9) |
| | Transtornos mentais | Então eu...é que assim eu tenho TOC né, então quando eu tenho crise de TOC eu começo a chorar muito, desesperadamente e eu começo a me automutilar. (...) Só que quando eu to normal, sem esses períodos, eu não faço, e eu nem penso em fazer, mas quando eu tenho crise aí começa (...) Então, as vezes é ou quando eu passo do horário que eu estipulei, eu começo a vim com esses pensamentos e as vezes é do nada, as vezes eu to normal e começa a vim um monte de pensamento de que eu sou um nada, sabe esses pensamento que...aí eu não sei explicar, esses pensamentos ruins, que colocam pra baixo, aí nisso eu já começo a chorar, é muito rápido, eu já começo a chorar de soluçar desesperada (...)É....ah eu me sinto muito mal, quando eu começo a chorar eu começo a ter esses pensamentos ruins e eu quero parar de ter esses pensamentos, que eu vou ficar louca, eu quero parar porque tá me fazendo muito mal, e não tem como eu parar, eu só quero ficar na cama chorando, então pra isso eu começo a me automutilar. (P3) |
| | | Na minha opinião era uma maneira pra vê se eu acordava, se eu despertava do terror noturno (...) Era um corte bem profundo, uma dor bem aguda, que aí geralmente eu acordava. (...) Eu não precisei dormir pra ter um ataque de terror noturno, eu comecei a sentir os efeitos sem dormir, então eu comecei a ofegar muito, a suar muito e a sentir um pânico muito grande e eu acho que por causa dessa consciência de não ter adormecido foi que eu resolvi tomar algumas medidas pra vê se eu acordava, o que funcionou porque você sente uma dor muito grande, seu corpo dá uma relaxada, eu acho que ele começa a perceber que você tem uma dor um pouco maior, no seu braço, que você fez a lesão, então eu parava de suar, acalmava um pouco a minha mente em relação ao terror, aí como funcionou eu comecei a praticar muito isso. (P5) |
| | | Ah eu tive depressão né, assim, nesse período que eu me cortava. (P6) |
| | | Acho que o ponto de eu começar a me cortar foi quando eu descobri a minha depressão, que hoje eu trato ela e |

| | | |
|-------------------|---------|---|
| | | tudo mais, ai já ficava mal com quase tudo, eu já não me sentia bem comigo, não me sentia bem em casa....quase nada me agradava, me sentia muito solitária, muito triste.(P7) |
| | | Eu tenho depressão desde os 13 anos e com 13 foi a primeira vez que eu fiz isso também. Ai o ano passado piorou a depressão e ai eu tava numa crise e fiz isso. (P9) |
| | | Eu comecei com 15 anos, na época eu acho que ninguém da minha família deu muita atenção pra isso....ai começou a agravar, com 17 anos eu já tava com depressão...eu cheguei a ser atendido, devo tá acho que no meu oitavo antidepressivo já, eu to fazendo terapia inclusive, já no oitavo antidepressivo, sinceramente eu não vejo melhora nenhuma. (P10) |
| | | Minha depressão começou com o despertar da sexualidade....que foi quando eu me vi impotente, incapaz de chegar em uma menina e foi quando tudo começou, o pior momento da minha vida foi o despertar da sexualidade....(P10) |
| Finalidade | Fuga | Sei lá, é tipo, como se eu tivesse precisando fugir, a sensação de antes era fugir de todas as coisas, do que eu tava pensando, do que eu tava sentindo, do lugar que eu tava, e ai depois disso parece que eu não vou precisar fugir mais assim sabe?! é uma coisa, como se eu tivesse, sei lá, com a tesoura no caso e enfrentando o que tava dentro de mim, só que por fora...é meio que isso assim. E como que eu vou explicar. É meio que isso como se eu tivesse enfrentando mesmo assim. (P1) |
| | | É uma sensação de fuga mesmo, de fuga de algo muito ruim pra algo ruim, mas um pouco mais ameno, você pensa “não, é só um corte depois passa e fica tudo bem”, o que é bem melhor do que a sensação de não acordar mais do terror noturno. (P5) |
| | | Ah porque eu não consegui encontrar um jeito de resolver os meus problemas, então eu tava tentando fugir, mas eu não sabia como fugir, então....é eu busquei refúgio na dor...eu....eu não sei, é até estranho como eu pensei nisso, porque foi por acaso. (...) Eu não tinha pra onde ir, não tinha, é o jeito que eu encontrei de fugir (P8) |
| | Punição | As vezes eu não me sinto boa o suficiente pras coisas que eu faço, que eu não to fazendo as coisas boa o suficiente do que eu poderia e tudo mais, eu fico brava comigo, por isso e é como se eu tivesse que pagar por isso de alguma maneira. (P1) |
| | | Eu sempre me culpei muito pelas minhas falhas então geralmente quando eu me cortava era com a intenção de me punir, punir o culpado, que no caso era eu, de me destruir mesmo(...) Eu ainda me culpo por tudo de errado na minha vida e eu me mutilo porque eu to me destruindo de propósito(...) Porque eu to punindo o culpado e o culpado sou eu, e eu vou continuar sendo o culpado até de alguma forma conseguir reverter a minha situação, essa timidez, essa questão do trabalho, sucesso no trabalho sabe?! Até eu consegui reverter isso eu vou continuar me |

| | | |
|----------------------------|------------------------|---|
| | | achando culpado e vou continuar me destruindo do mesmo jeito.(P10) |
| | Uma forma de expressão | Ah é aquilo que eu fale né, é uma forma de se expressar sem chamar a atenção né, eu não posso gritar, já que as outras coisas não são suficientes, e na hora eu não tenho para onde fugir sabe?! Ai eu faço isso. (...) Ah não sei, porque todas as vezes foi só essa tristeza muito grande que dava, e ai de algum jeito eu tinha que....não sei é como se fosse uma expressão sabe?! (P9) |
| Aspectos associados | Baixa autoestima | A minha autoestima foi ficando um pouco mais baixa e tipo eu ficando olhando, sei lá, rede social de outra pessoa e pensando, ou mesmo vendo na rua e pensando nossa tipo a vida dela é melhor que a minha. (P1) |
| | | Isso desencadeou alguns problemas com autoestima por causa dos cortes, ter que esconder o corpo, as lesões também, ter que esconder o corpo. (P5) |
| | | Uma coisa que eu sempre tive assim e ainda tenho um pouco é não me achar bom em nada do que eu faço sabe?! Ser sempre medíocre ou pior ou péssimo em tudo que eu faço, eu penso isso, ai esse sentimento se acentuou muito naquela época sabe?! (...) Sentia assim ah não sou bom em nada, não faço diferença. (...) Eu me sentia....como eu posso dizer, é impotente daquele jeito de não conseguir fazer nada direito, não ser bom em nada....é....sentir que eu queria sumir mesmo sabe?!(P8) |
| | | Cada dia que passa eu olho e falo se você tivesse se esforçado, se você tivesse feito isso, pensamento contra factual, e se, e se....isso só aumenta...minha autoestima é um lixo, minha autoconfiança é negativa, zero, basicamente eu me olho no espelho e vejo um fracasso de ser humano....ai eu tenho vontade de fazer coisas, mas eu não faço porque tem gente que vai sofrer com isso, eu vou deixar a sujeira para outras pessoas e isso não é justo. (P10) |
| | Falta de identificação | Acho que eu cresci uma criança muito introspectiva, eu lembro quando eu tinha, sei lá, uns 10, 12 anos, eu achava que eu era a única pessoa no mundo que era assim, que eu nunca ia encontrar uma pessoa igual a mim, ou que tivesse os mesmos sentimentos, eu acho que eu cresci muito angustiada por isso assim né, eu acho que....parte dessa autolesão eu acho que tem a ver também um pouco com a forma que eu fui socializada e a falta de....enfim de poder encontrar externamente identificação. (P6) |
| | Orientação sexual | Ai depois eu descobri também, me dei conta de que eu gostava de meninas e também levou um certo tempo pra eu aceitar, e contar pra todo mundo, e nisso algumas pessoas me apoiaram, outras não também né, então acabei perdendo algumas amizades que eu achei que eu não iria, e depois ter que sair de casa, ter que mudar. (P1) |
| | | Acho que dois eventos importantes pra entender, assim hoje eu vendo, é que eu sou mulher e sou lésbica né, então eu acho que isso foi um tanto quanto determinante assim para certos comportamentos, certas condutas....no sentido de em casa não ter muito respaldo né...tão pouco fora |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| | | também né. (...) Hoje olhando assim eu acho que o fato de ser lésbica deu muita coisa assim no sentido de não ter....de não ter modelo, de não ter ali pessoas pra você. (...) Acho que era isso assim, foi...ser lésbica e adolescente é muito complicado né, é muito difícil, minha mãe também não aceitava muito bem na época, isso também dificultava, a família sempre omitia de alguma forma, sempre finge que não vê, finge que não sabe, acho que essas coisas sempre pesaram muito assim. (P6) |
| | | Eu acho que quando....eu me assumi para os meus pais por ser bissexual, ai eles não gostaram, porque eles são evangélicos, ai eles brigaram comigo, quase me expulsaram de casa, foi isso. Muitas brigas decorrentes disso e por causa do meu pai também. (P7) |
| | Necessidade da autolesão | É bem estranho também porque quando eu coloco na minha cabeça que não, que eu não vou me cortar, e que eu vou ficar tipo forte a isso é como, ai dá mais crise de ansiedade também, falta de ar, esse tipo de coisa, é como se fosse, sei lá, uma crise de abstinência, que você fica sem, ai a partir disso qualquer coisa vira algo pra você se machucar, não precisa ser necessariamente uma tesoura ou algo do tipo, ai vai qualquer coisa, ai você acaba não tendo como fugir porque qualquer lugar tem alguma coisa, então é meio que isso assim. (...) Eu tenho alguns momentos de muita ansiedade que ai dá um pouco de falta de ar, parece que você vai morrer mesmo sabe, aquela coisa de o coração bate mais forte e tal, e ai vai ficando, essa sensação as vezes ela passa tranquilo, mas as vezes ela não passa e ai quando ela vai ficando por vários dias ai que eu volto a me cortar (P1) |
| | | Depois de uns dias que eu penso ah eu fiz, mas não tem motivo, eu preciso trabalhar isso, então depois eu vejo que eu não tenho motivo pra fazer isso, mas na hora eu tenho necessidade sabe?! é assim. (P3) |
| Os significados e sentidos da dor | A dor física alivia a dor emocional | É tem essa sensação de controle, porque tipo essa dor emocional você não consegue controlar, ela na maioria das vezes assim é uma coisa que vem, que fica e tal, mas tipo essa dor física você meio que controla um pouco, sei lá....parece que bom se eu me cortar agora vai doer, se não, não vai, então eu posso meio que controlar isso e ai essa dor acaba sendo uma distração pra outra, é meio que isso. (P1) |
| | | E a dor emocional dependendo ela dá uma melhorada também depois disso. (...) Bom enquanto tá doendo fora não dói tanto dentro, assim é meio que isso. (P1) |
| | | Sinto, mas é uma dor que alivia outra né, é uma dor física, a dor física também não é tanto assim, eu não ligo tanto, mas eu sinto a dor. (P2) |
| | | Não sei, eu começo a parar de chorar, é estranho porque eu começo a me acalmar, a parar de soluçar, essas coisas, eu continuo chorando, continuo pensando, mas eu começo a focar mais em sentir alguma dor física. Não sei se faz muito sentido pra você, mas é assim. Ai dá um alívio e depois de um tempo eu paro de me automutilar, fico |

| | | |
|--|--|---|
| | | deitada um pouco, eu tento conversar com alguém, qualquer coisa banal mesmo, só pra mudar o foco do que eu to pensando, ai vai melhorando. (...) E mas agora as vezes eu tenho um pouco desses pensamentos meio suicidas, mas agora tá menos, com menos frequência, mas eram pensamentos de que eu não sirvo pra nada, essas coisas, ai eu começo a chorar e pra parar de chorar e parar de pensar nisso eu começo a me bater, tipo como se eu sentisse outra coisa, eu sentisse dor, eu ia chorar pela dor e não por esses pensamentos que eu tenho por isso, assim. (...) É só pra parar, eu quero só sair daquele momento, se eu sentir dor física eu sei que eu vou começar a chorar pela dor, eu sei que eu vou começar a pensar nossa tá doendo, tá doendo, não vou pensar nossa como você é inútil, não faz nada certo, e eu acho melhor eu chorar pela dor do que por isso, então por isso que eu me automutilo. (P3) |
| | | Eu ficava pensando que eu tinha que conseguir tirar essa dor de mim...que a dor do corpo ia ser melhor do que a dor que eu tava sentindo por dentro. (P4) |
| | | Sabe quando você fica aliviada, eu só consigo pensar na dorzinha (física) que eu to sentindo e ai sabe?! mais fácil. (...) Uma dor física seria melhor do que uma dor psicológica (P4) |
| | | Ah é uma sensação de alívio, de alívio, frente a uma dor psicológica muito grande uma dor física quase que pra balancear mesmo (...) Quando eu to no terror noturno, e se eu tenho a autolesão eu presto mais atenção na dor que eu to sentindo no braço do que nos problemas. (P5) |
| | | Acho que me aliviava dos meus sentimentos, da minha dor, da dor que os meus sentimentos traziam, que os meus pensamentos traziam, como se colocasse uma dor física e saía um pouco da dor psicológica, emocional. (P6) |
| | | Eu acho que no momento sim, porque parecia que eu tava tirando daqui (cabeça) e colocando aqui (pulsos), ai só focava aqui, ai não era tanta coisa que eu tinha que me preocupar aqui (cabeça)...acho que isso.(...) Como eu disse eu parava um pouco de me preocupar aqui (cabeça) e me preocupava aqui (pulsos).(...) Eu não sei, não sei se eu fazia por querer mesmo, ou eu só fazia pra tentar tirar a dor emocional e jogar na física, eu não sei. (P7) |
| | | Eu tava procurando um alívio...através da dor, ai....como eu posso explicar...era como se fosse o seguinte, eu me concentrava em todos os meus problemas e canalizava tudo isso em forma de dor, como se eles fossem se transformar em dor, deixar de ser problemas, e se transformar em dor, como se isso fosse resolver alguma coisa, eu sentia como se tivesse, não sei....melhorando mesmo, não sei, não melhorando mas é....canalizando minha dor psicológica em dor física.(...) Ah como se os problemas ecoassem para a dor, como se os problemas virassem dor então quanto mais...na minha cabeça quanto mais doesse mais eu estaria me livrando dos meus problemas, mais eu conseguiria me distrair...(P8) |

| | | |
|--|--------------------|---|
| | | Ai parece que o mundo fecha assim sabe?! E ai você fica focado na dor e ai as coisas somem assim por alguns segundos, e é bom, não sei. (P9) |
| | Dor boa | Não é uma dor ruim, acaba que, acaba que não fica uma dor ruim. Você sente, só que, é bem estranho porque.... dói, mas são dores diferentes de você cair e ralar um joelho, ou você bater numa porta, ou algo do tipo, agora quando você tá mal e você faz isso, dói, mas não é como se você desse tanta importância para essa dor, porque a de dentro tá maior. (P1) |
| | | Não é uma dor que me incomoda, é uma dor que até pra mim...acho que faz até bem, porque é ela que tá fazendo eu esquecer o que eu to sentindo...mas eu sinto dor sim, mas não é uma coisa que me impeça de fazer. (P2) |
| | | Eu não sou muito resistente a dor, quando eu me machuco eu sinto muito, eu não sei o que acontece, mas quando eu faço automutilação não parece que tá machucando, essas coisas, mas mesmo assim dá um alívio da situação. (P3) |
| | | Ah é uma dor que eu gosto, não é uma dor negativa, eu acho. (P4) |
| | | Ah doía, eu lembro que doía assim, mas depois, logo depois era bom assim, na hora do corte eu sentia né, você sente uma ardência, um desconforto, uma dor, mas assim, mas era bom assim sabe?! (...) Ah como eu te falei você sente né, acho que ainda mais por ser com a gilete dá um ardido né, dá uma dor, mas é uma dor boa né, eu faço uma analogia com a tatuagem né, você sente a dor, ou um piercing, você sente a dor mas aquilo tem um outro significado né, então acaba convertendo essa dor pra um outro...dando outro significado né, penso que essa dor não é vivida como ah você se cortou. (P6) |
| | Dor desejada | Sim, ai eu tentava sentir mais dor, forçava até começar a arder, ficava só um risco mesmo, e ai eu continuava tentando fazer mais forte, mais devagar, mais fundo. (...) Não sei, mas eu queria mais dor, queria mais e ai tipo chegava a achar até de certa forma bom, quando eu tava fazendo isso, é estranho na verdade, mas tipo queria que doesse mesmo. (P8) |
| | | Não é uma dor assim que...porque quando a gente sente dor a gente para né?! Então é muito estranho, doi pra caramba, mas você quer sentir dor sabe?! (P9) |
| | Intensidade da dor | Muito fraca, eu sinto como se eu tivesse fazendo assim, sabe?! quando você não sente quase nada?! só um apertãozinho, ai só depois que eu vejo que tá roxo, tá vermelho, que foi sério, mas no momento...na hora eu sinto muito fraco, muito fraco, não parece que eu coloquei tanta força assim, tanto no beliscão quanto no tapa, quanto puxar o cabelo. (P3) |
| | | Fisicamente não dói, só se por algum motivo ou outro eu tomar um banho muito quente e a pele...estourar a bolha antes do tempo e a pele ficar aberta, e ai a dor psicológica tudo depende do motivo sabe?! se é uma coisa não tão grave eu fico bem, se não eu continuo ruim, ai sei lá, eu fico ouvindo música triste e chorando. (P4) |

| | | |
|-------------------------------|----------------------|---|
| | | Já aconteceu alguns casos que eu tava muito em pânico e realmente eu cortar o braço e não sentir, e até nesse caso em específico aconteceu umas 3 vezes, eu acho, eu fazer um corte e achar que eu não tinha feito o corte, então ficar fazendo vários em seguida porque não tava sentindo dor. (P5) |
| | | Então as vezes eu tenho uma crise que eu me lembro de todos esses sentimentos ruins ao mesmo tempo, que geralmente são as crises que eu tenho a autolesão...e ai é onde a autolesão não causa uma dor tão grande pra mim, porque a dor desses sentimentos, o pânico, o medo, a tristeza, ódio as vezes de alguém, é tão grande que a dor física não importa. (P5) |
| | | Eu não sou muito forte pra dor, eu não aguento tanto, ai ardia bastante, quando você corta o dedo no papel arde, mais do que outras coisas era isso basicamente, só que eram um pouquinho maiores, ai ardia bastante. (P7) |
| Experiências descritas | Abuso de substâncias | Teve uma época assim que eu fiquei um bom tempo sem me machucar e tal, só que ai eu recorri pra outra coisa que também não deu muito certo que foi pra bebida, porque uma vez acidentalmente mesmo, eu não tinha a intenção eu tava começando a beber ainda eu não sabia as coisas todas e eu acabei desmaiando de beber, numa festa e tal, só que ai eu acabei percebendo que mesmo sendo uma coisa errada de se fazer, e perigosa até as vezes, o pessoal não ficava bravo com você, eles se preocupavam mais assim, então eu vi que dava pra sei lá sentir uma dor, só que o pessoal ia entender melhor, tipo quem visse ia entender melhor, ai eu acabei bebendo outras vezes bastante, pra sei lá, pra vomitar ou pra qualquer coisa do tipo, pra ter essa...alguma coisa física. Algum tipo de dor, porque eu odeio, demais, demais, demais vomitar, ou que o meu estomago fique ruim, então pra mim era uma coisa muito ruim, então causar isso era uma dor pra mim também sabe?! e ai o pessoal não julgava, porque ah todo mundo bebe, todo mundo faz esse tipo de coisa. (P1) |
| | | Eu já cheguei, nunca pra me prejudicar muito, mas eu já cheguei tipo a tomar remédio...minha mãe também tem problema, não desse tipo, mas ela tem problema psicológico também, ai ela toma calmante, eu já cheguei a tomar calmante dela pra....dormir assim sabe?! Ficava o dia inteiro dormindo. Acho que é só isso, mais tomar remédio assim. (P2) |
| | | Eu acho que um pouco antes de fazer a primeira queimadura eu tava bebendo muito, e ai eu percebi que eu precisava parar e eu meio que descontei desse jeito. (...) Ah eu só bebo geralmente quando eu to em festa ou com meus amigos assim então...nessa época eu comprava bebida em casa e tipo eu acabava com uma garrafa de vodka ou cachaça em um ou dois dias sabe?! Sozinha e eu não queria continuar com isso. (...) Acho que em geral me ajudou a não desenvolver esse vício (do álcool) assim. (...)Ah não sei eu só tava preocupada em não....ah em não ficar, sei lá, viciada em bebida, por exemplo, como eu tava fazendo ou encontrar a saída para aquela dor em alguma |

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| | | droga, em alguma coisa, eu preferia fazer aquilo (as queimaduras) do que...sei lá, fazer uma coisa que me trouxesse um mal pior a longo prazo sabe?! (P4) |
| | | Ah eu sempre fui muito...eu sempre tive atitudes muito autodestrutivas, pelo menos as pessoas julgam assim né, então assim, sempre bebi muito, sempre fumei, sempre usei outras drogas (P6) |
| | | Eu já tomei remédios assim, muito remédio pra...não sei exatamente se eu queria tentar suicídio, mas...houveram alguns eventos em que eu tomei uma quantidade grande de remédios. (P6) |
| | | Eu tava muito ruim, muito muito ruim, muito ruim, ai eu comecei a beber, ai eu comecei a tomar remédio, misturar bebida com remédio pra dormir, calmante, ai eu tinha uma corda em casa, eu fiz um nó de forca e cheguei a colocar o nó no meu pescoço e apertar pra sentir a sensação, eu não ia me matar. (P10) |
| | Pensamentos de suicídio/ morte | Eu nunca contei pra minha mãe também porque, sei lá, deixaria ela meio preocupada porque no mínimo, do jeito que ela é toda assim, ela ia pensar que eu tava querendo me matar ou algo do tipo, mas isso não passa pela minha cabeça. Na verdade já passou, mas não é uma coisa que eu queira ou vá fazer assim eu, eu gosto bastante da minha vida, apesar de tudo é uma coisa que eu.... é só pra aliviar mesmo. (...) Ah sei lá, era geralmente nos momentos em que vinha aquela sensação de abandono porque parecia que ninguém ia se importar se eu não, se eu não tivesse aqui as coisas iam continuar acontecendo da maneira que deveria, então eu não...sei lá, ai eu ficava pensando em prós e contras de se fazer isso, e ou sei lá, maneiras também, mas sei lá, eu nunca, depois pouquíssimo tempo depois eu já mandava eu parar de ser idiota e meio que afasta isso assim. (P1) |
| | | Quando eu comecei a ter o TOC eu não entendia o que era né, porque eu comecei a ter no primeiro ano da faculdade e começava a vim um monte de pensamentos de que eu não fazia diferença no mundo sabe?! se eu me matasse agora não ia mudar nada. (P3) |
| | | Então eu já pensei em como seria, tipo, se eu fizesse o que ia acontecer, mas eu nunca cheguei a planejar, falar ah vou subir em uma ponte, essas coisas nunca. (P3) |
| | | Ai tinha aula que eu nem conseguia ficar na sala, saia chorando. Não sei me sentia meio fraca por....ah porque ele falava lá (em um livro sobre suicídio), não sei....antes de vir pra cá eu pensava muito em me matar também. Só que eu nunca tive coragem, eu achava que eu era fraca, por isso também, e ai ele falava todas essas coisas foi uma época que eu fiz muito também. (...) Ah eu nunca teria coragem de...ah de fazer coisas que me ferissem sabe?! Que me fizesse sentir muita dor....e também eu ficava pensando ah eu poderia, sei lá, me jogar na frente de um carro ou alguma coisa, mas eu também nunca fiz porque ficava pensando na minha mãe, ai na minha família né. (P4) |

| | | |
|--|--|--|
| | | Ah eu não pensei assim um jeito de me matar, mas se eu me matasse se eu fizesse isso...é...sei lá, seria meio que egoísmo de certa forma, pelos meus amigos, pela minha família e tal, por mais que eu não me sentisse querido, na minha família sim, mas nos grupos de amigos em geral, nunca me sentia querido, nunca me senti parte de nada sabe?! sempre me senti em segundo plano, ai esse pensamento eu entro nisso motivado no pensamento de que eu não faço diferença sabe?!(P8) |
| | | Eu acho que eu também fiz isso pra não fazer uma coisa pior sabe?! Ou uma coisa mais drástica, como ter tentado ir embora, ter tentado me matar, alguma coisa assim (P8) |
| | | Eu só não me matei por causa da minha família.(...) Tenho planos, mais de um.(P10) |
| | | Ninguém quer morrer, nem eu, mas as vezes a dor é tão grande que você quer se ver livre dela, de uma vez por todas. (P10) |
| | | Sinto que foi pouco....sinto que eu deveria por um fim em tudo, sei que isso é errado, sei que isso não vai resolver nada, sei que se a minha mãe descobrir ela vai ficar muito mal, pior do que eu. (P10) |

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática de automutilação em jovens: uma dor a ser analisada

Pesquisador: Viviane da Silva Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49627215.4.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

1.299.542

Apresentação do Projeto:

Esse estudo objetiva analisar os sentimentos, a dor e os motivos referentes à prática de automutilação em jovens. Para isso será realizada uma pesquisa qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas com jovens de idade entre 18 e 29 anos, que praticam ou já tenham praticado automutilação. Todas as entrevistas serão todas gravadas em áudio e, posteriormente, integralmente transcritas, organizadas por meio da análise de conteúdo e interpretadas utilizando o referencial teórico da psicanálise. Com essa pesquisa busca-se contribuir com os estudos de automutilação e compreender os sentimentos, a dor e os motivos referentes a automutilação. Visando assim contribuir posteriormente com as reflexões sobre tratamento e prevenção dessa prática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os sentimentos, a dor e os motivos referentes à prática de automutilação em jovens.

Objetivo Secundário:

Analisar os sentimentos presentes antes, durante e após a prática de automutilação em jovens.

Analisar como os participantes avaliam a dor durante e após a prática em jovens.

Analisar os motivos relatados pelos participantes para prática da automutilação em jovens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, os riscos e benefícios são descritos conforme segue.

Riscos:

O participante pode se sentir constrangido, angustiado e desconfortável nas respostas das perguntas. Caso isso ocorra e o participante julgue necessário ele poderá conversar com a pesquisadora sobre isso, solicitar uma pausa ou mesmo pedir para interromper a participação. Após a entrevista, caso o participante não realize atendimento psicológico será indicado locais da cidade que oferecem atendimento gratuito e locais com valor reduzido. Se na entrevista for identificado urgência do participante ser atendido, na ausência de um serviço que possa realizar esse

atendimento no momento, a pesquisadora oferecerá atendimento de apoio, com objetivo de trabalhar as questões relacionadas ao tema da pesquisa. Será proposta a realização de 10 sessões.

Benefícios:

Colaboração com o estudo, considerando que o comportamento de automutilação deve ser melhor investigado para, a partir disso, refletirmos sobre prevenção e também assistência a esses indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a área que se destina e, além disso, os seguintes documentos foram apresentados.

- a) Folha de rosto assinada e preenchida adequadamente;
- b) Arquivo contendo projeto de mestrado;
- c) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
- d) Documento assinado pela Sra. Maria Aparecida Mello, Pró-Reitora Adjunta de Assuntos Comunitários e Estudantis da UFSCar, na qualidade de representante legal do Departamento de Assistência Médica e Odontológica (DeAMO), autorizando a realização da pesquisa; f) Arquivo contendo o roteiro da entrevista semiestruturada;
- g) Arquivo contendo o cronograma de atividades do projeto;
- h) Arquivo contendo carta convite que será distribuída aos psicólogos. Estes entregarão a referida carta convite para os indivíduos com idade entre 18 e 29 anos, que são atendidos por eles e que praticam ou já praticaram automutilação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide recomendações a respeito do Termo de Consentimento no próximo item.

Recomendações:

Recomendamos FORTEMENTE que no Termo de Consentimento seja informado que “Após a entrevista, caso o participante não realize atendimento psicológico será indicado locais da cidade que oferecem atendimento gratuito e locais com valor reduzido. Se na entrevista for identificado urgência do participante ser atendido, na ausência de um serviço que possa realizar esse atendimento no momento, a pesquisadora oferecerá atendimento de apoio, com objetivo de trabalhar as questões relacionadas ao tema da pesquisa.

Será proposto a realização de 10 sessões.”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vide recomendações a respeito do Termo de Consentimento no item anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_576599.pdf | 31/08/2015 10:37:16 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_completo.pdf | 27/08/2015 17:19:01 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 27/08/2015 17:07:13 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 27/08/2015 16:29:24 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |
| Outros | convite.doc | 26/08/2015 22:10:24 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |
| Cronograma | cronograma.docx | 26/08/2015 19:07:48 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |
| Outros | autorizacao.pdf | 26/08/2015 18:42:35 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |
| Outros | roteiro_entrevista.docx | 26/08/2015 13:32:07 | VIVIANE DA SILVA BARBOSA | Aceito |

Página 03 de

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 28 de Outubro de 2015

**Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)**