

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

“Comecei para aliviar a dor”: algumas pistas sobre autolesão em adolescentes/jovens

“I started to relieve the pain”: some clues about self-harm in adolescents/young people

“Empecé para aliviar el dolor”: algunas pistas sobre autolesiones en adolescentes/jóvenes

Renata Fabiana Pegoraro¹ & Maria Cristina Gonçalves Vicentin²

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E mail: rfpegoraro@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6052-5763>

² Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E mail: cristinavicentin@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1718-6721>

RESUMO

Para analisar a presença de práticas de autolesão sem intenção suicida na trajetória de adolescentes/jovens, foi efetuada consulta a prontuários de pessoas de 12 a 24 anos internadas de 2016 a 2018 e entrevistados jovens na mesma faixa etária que passaram por internação em 2019 ou 2020 com suporte de roteiro de entrevista de história de vida temática. Identificaram-se múltiplos termos para designar os cortes sobre a pele feitos pelos adolescentes/jovens, a relação entre ações de violência contra si e o percurso por instituições de saúde, e autolesão como forma de aliviar a dor não expressa em palavras.

PALAVRAS-CHAVE:

Automutilação; Adolescentes; Jovens; Hospitalização Psiquiátrica; Prontuários.

ABSTRACT

To analyze the presence of self-harm practices without suicidal intent in the trajectory of adolescents / young people, medical records of people aged 12 to 24 years hospitalized from 2016 to 2018 were consulted and young people within the same age group, who underwent hospitalization in 2019 or 2020, were interviewed with the support of a thematic life story interview script. Multiple terms were identified to designate the cuts on the skin made by adolescents / young people, the relationship between actions of violence against themselves and the journey through health institutions, and self-harm as a way to relieve the pain not expressed in words.

KEYWORDS:

Self-mutilation; Adolescents; Young People; Psychiatric Hospitalization; Medical Records.

RESUMEN

Para analizar la presencia de prácticas de autolesión sin intención suicida en la trayectoria de adolescentes / jóvenes, se consultaron historias clínicas de personas de 12 a 24 años, hospitalizadas entre 2016 y 2018 y entrevistas a jóvenes del mismo grupo etario que fueron hospitalizados en 2019 o 2020 con apoyo de la entrevista temática de la historia de vida. Se identificaron múltiples términos para designar los cortes en la piel que realizan los adolescentes / jóvenes, la relación entre las acciones de violencia contra ellos mismos y el recorrido por las instituciones de salud, y la autolesión como una forma de aliviar el dolor no expresado con palabras.

PALABRAS CLAVE:

Automutilación; Adolescentes; Jóvenes; Hospitalización Psiquiátrica; Registros Médicos.

Informações do Artigo:

Renata Fabiana Pegoraro
rfpegoraro@yahoo.com.br

Recebido em: 10/10/2020
Aceito em: 30/11/2020

Autolesão sem intenção suicida, escarificação, automutilação, *cutting*, autoagressão. Esses diferentes substantivos têm sido empregados para abordar a forma como agem adolescentes e jovens que se machucam. O pico de início ocorre dos 12 aos 14 anos (Jans, Vloet, Taneli & Warnke, 2018), mas até o final da adolescência esse comportamento pode não apenas persistir como ser parte da vida de muitos sujeitos por longos períodos, que podem chegar a dez ou 15 anos (Aratangy, Russo, Giusti & Cordás, 2018).

A literatura recente sobre esse tema nos permite destacar duas discursividades sobre o tema. A primeira diz respeito às perspectivas que afirmam e dialogam com os modos de vida dos jovens, afirmando a espessura existencial e social destes atos (Costa, Silva, & Vedana, 2019; Le Breton, 2010; Lobosque, 2019; Tardivo, Rosa, Ferreira, Chaves & Pinto, 2019), e a segunda que destaca fatores de risco em detrimento de certa espessura existencial que esses atos colocam, como nos mostra a revisão efetuada por Silva e Botti (2017) e os critérios adotados pela Sociedade Brasileira de Pediatria ([SBP], 2019).

Lobosque (2019) usa a expressão *meninas-que-cortam* para falar sobre as jovens que frequentam serviços de saúde mental com cortes diversos, novos ou feitos sobre cortes antigos, em seus corpos, muitas vezes nos braços, e chama a atenção para o risco de ingressarem em uma “carreira de pacientes psiquiátricas”. Essa “estranha arte de se cortar” é apresentada pelas jovens em *blogs* e aplicativos de conversa, frequentando serviços de urgência, e, não raro, associadas às tentativas de suicídio com as medicações psicotrópicas utilizadas pelas mulheres de suas famílias, disponíveis em suas casas, para tratar as depressões de mães e avós. Ora vistas como simuladoras e até mentirosas, ora alarmando os profissionais de saúde mental que as atendem, as *meninas-que-cortam* correm o risco de serem mais medicadas que outros jovens e, ainda, passarem por atendimentos descontinuados e fragmentados em serviços de urgência, pronto atendimento e serviço de atenção psicossocial, o que pode configurar uma barreira para o cuidado.

Ao publicar em *blogs*, os jovens comunicam diretamente sobre seus modos de vida, permeados de dor, e das formas por eles encontradas para lidar, ainda que momentaneamente, com elas, fazendo uso dos cortes sobre a pele. Na pesquisa feita a partir de 250 postagens em *blogs* publicados na plataforma *Tumblr* com o termo “automutilação” na ferramenta de busca, os relatos pessoais dos jovens trouxeram a intensidade dos sentimentos e a convicção de experimentarem um “sofrimento contínuo, imensurável e infindável” que não lhes permitia identificar formas para enfrentar tais situações (Costa et al.,2019). A inutilidade, a insignificância, o ódio de si e de sua imagem marcavam a forma como os adolescentes se retratavam nos *blogs*, e estavam alinhados a um modo de viver sozinho, como se ninguém pudesse ouvi-los ou percebê-los. Nas redes sociais, é possível falar sobre si e se conectar a outras pessoas, dado o isolamento social de muitos deles na vida cotidiana. Nos *blogs*, as pesquisadoras também identificaram que, muitas vezes, a autolesão era usada como uma forma de se evitar uma tentativa de suicídio (pois podia aliviar o sofrimento) e, em outros casos, aparecia como parte de um *continuum de* ideação suicida-autolesão-tentativa de suicídio, como se a autolesão “preparasse” o caminho para o suicídio.

Ainda nesta primeira perspectiva, Le Breton (2010), a partir dos estudos em Antropologia, denomina de lesões corporais intencionais ou escarificações, os cortes e as cicatrizes que fazem os jovens em sofrimento, e os equipara a uma técnica de sobrevivência, pistas de sua aflição. Para o autor, a “incisão corporal é um freio para o colapso” que permite ao jovem “juntar seus pedaços. Ela alimenta a sensação de estar vivo e restaura os próprios limites” (p. 29). Os aspectos psicológicos em adolescentes que realizavam autolesão foram estudados por Tardivo et al. (2019). A análise dos três casos de dois adolescentes de 14 e 15 anos e de uma adolescente de 13 anos, cuja participação na pesquisa ocorreu a partir da indicação da direção da escola por apresentarem “comportamento de autolesão”, destacou que a prática provocava alívio de dores e sofrimento, e poderia ser compreendida não apenas pela ótica da agressividade dirigida a si, mas como pedido de ajuda e de cuidado, tendo em vista as inseguranças, o sentimento de inadequação e de menos-valia experienciados pelos adolescentes. O corte na própria carne comunicava uma dor que não conseguia ser expressa por palavras e, portanto, também não conseguia ser enfrentada.

A segunda perspectiva dá destaque para os fatores de risco para comportamentos autolesivos, indicando a observação de alterações de comportamento com base na comparação entre o comportamento desejado ou “normal” e o desajustamento à norma ou ao esperado, fazendo equivaler “*comportamento de risco* [...] às ameaças ao *desenvolvimento bem-sucedido* do adolescente” (Schenker & Minayo, 2005, p. 709). Importante destacar aqui que os termos empregados pelos autores agrupados nesta perspectiva serão mantidos. A exaustiva revisão efetuada por Silva e Botti (2017) apontou o comportamento autolesivo também em adultos e idosos, e como fatores de risco para essa prática que denominam como “automutilação deliberada” em crianças e adolescentes, as autoras destacaram três grupos: a) fatores individuais, como diagnósticos de transtorno de conduta ou personalidade *borderline*, preocupações com orientação sexual; b) fatores familiares, como histórico de violência física ou sexual, histórico familiar de automutilação ou suicídio e; c) fatores sociais, como isolamento social, baixa escolaridade e amigos com comportamento autolesivo.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), na mesma perspectiva, destaca os seguintes fatores de risco: características pessoais, como pessimismo e autodepreciação; aspectos familiares, como separação dos pais, violência familiar e relações disfuncionais; existência de transtornos mentais, como de personalidade, depressão e uso de substâncias; problemas relacionados à infância como dificuldade de apego e violência sexual, física ou psicológica; aspectos sociais como dificuldade em relacionamentos e isolamento. Ainda que a publicação aponte para a sobreposição destes fatores de risco, as considerações finais do documento alertam para esse risco assentado em aspectos do indivíduo, na mensagem a pais e professores para que fiquem atentos para as alterações bruscas do comportamento, o aumento da agressividade, o sentimento de tristeza, o aumento da ansiedade, o isolamento, as marcas pelo corpo, amigos com quem o jovem ou a criança se relaciona, o tempo em que permanece na internet, redes sociais a que pertence (SBP, 2019, p.11).

Uma leitura atenta a essa segunda nos coloca uma questão: nesta perspectiva, os diagnósticos psiquiátricos são apontados como “fatores de risco” para a autolesão, mas a autolesão é um dos sintomas a serem relatados para que o diagnóstico seja possível. Ainda que sejam listados aspectos individuais, familiares e sociais, essa concepção tende a um raciocínio de risco individual, ou seja, que destaca comportamentos, escolhas e responsabilidades de ordem individual (ter amigos com comportamento autolesivo, por exemplo) como origem do adoecimento (Castiel, Guilam, & Ferreira, 2010). Acrescentamos, ainda, que a individualização do risco pode contribuir para a patologização de formas singulares de expressão dos sujeitos, deixando de considerar a construção social destas expressões e a complexa trama de dimensões subjetivas, sócio-culturais e político-econômicas que as perfazem.

Os cortes na própria pele e como a literatura científica os denomina

O comportamento suicida, segundo a *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde* (Ministério da Saúde, 2010), inclui a violência autoprovocada, seja por ideias sobre o suicídio, seja por automutilação. Esta é definida como destruição de partes do corpo de modo consciente, mas sem intenção de

cometer suicídio. O documento exemplifica diferentes tipos de automutilação: grave (por exemplo, amputação de um dedo), estereotipada (morder-se) ou superficial (cortar-se).

O *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la Asociación Internacional de Psiquiatria del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP)*, em um de seus capítulos (Jans et al., 2018) inclui, no rol das autolesões não suicidas, ações como beliscar-se, coçar-se ou cortar a própria pele até sangrar, morder-se, inserir objetos sob a pele e queimá-la. Dentre aquelas em que há intenção de suicídio, com alto grau de letalidade, são exemplos as lesões por uso de armas de fogo contra si ou saltar de um prédio. A diferenciação é feita a partir da intenção para o suicídio ou para a realização de autolesões sem intenção suicida associada. Uma das maiores dificuldades das pesquisas sobre esta temática é identificar a presença/ausência de intenção em um ato. O mesmo documento alerta que crianças com oito anos já conseguem compreender o que é um suicídio e isto tem contribuído para o aumento das taxas de suicídio entre pré-adolescentes. Já o *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones* (Organização Panamericana da Saúde [OPAS], 2018) recomenda o uso do termo autoagressão, de reconhecimento internacional, e não “autolesão sem intenção suicida”, como adotado pelo DMS-5, este mais adequado para a prática clínica, mas não pelas vigilâncias em saúde dos diferentes países (para as quais expressões como automutilação ou tentativa de suicídio deveriam ser empregadas, pois permitem avaliar diferentes graus –de leve a grave– que podem ser atribuídos ao comportamento e não excluem a possibilidade de que, mesmo em um caso leve, exista intenção suicida, como alguns estudos recentes têm investigado). Já na clínica, a identificação da motivação e do grau de intenção suicida no ato de ferir o corpo seria prioritária em detrimento da determinação sobre presença ou ausência de intenção suicida no sujeito, em virtude da ambivalência muitas vezes presente e múltiplas razões apontadas esses jovens.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2019) classifica como autolesão duas possibilidades: a primeira, com pretensão final de suicídio e; a segunda, sem ideação suicida (autolesão não suicida – ALNS). No caso da autolesão sem ideação suicida – cujos termos correspondentes em inglês são *self-cutting* ou *self-injury* –, há dano de caráter superficial sem o intuito de morte. O documento se ampara em Silva e Botti

(2017) para diferenciar a autolesão sem ideação suicida de automutilação, pois esta “aplica-se aos ferimentos mais graves e irreversíveis, como amputação de membros, a castração e a enucleação, em geral, proferidas em estados delirantes, nos quadros psicóticos ou de intoxicação por psicoativos” (SBP, 2019, p.2-3).

No Estado de Minas Gerais, no qual a pesquisa da qual trata este artigo foi realizada, o documento *Atenção à saúde do adolescente* (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006) destacou dois termos que envolvem a autoagressão sem intenção suicida: a automutilação e a autolesão, ambos associados a sintomas de dois quadros diagnósticos, a saber: a) ao descrever pessoas com bulimia como sujeitos “extrovertidos e impulsivos, [que] sexualmente mais ativos, apresentam traços de personalidade mais histéricos ou traços obsessivos, podendo cometer roubo (cleptomania), uso abusivo de álcool e drogas, automutilação entre outros” (p.73) e; b) Personalidade Borderline, os quais

Se esforçam para evitar o abandono, podendo haver quanto a isso, uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão (geralmente se dão por engano, ou seja, quanto sua automutilação ou teatralidade não foi planejada ou fugiu ao seu controle) (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006, p. 92).

Ao abordar as autoagressões sem intenção suicida, Tostes (2017, p. 17), também, diferencia os termos autolesão e automutilação. A primeira se refere a “todo ato voluntário que tem como escopo consciente, danificar a estrutura corpórea gerando dores decorrentes de lesões leves e moderadas e que não tenham intento consciente de suicídio”, enquanto a automutilação aponta para “todo ato voluntário que tem como escopo consciente destruir ou arrancar partes da estrutura corpórea gerando mutilações sempre duradouras a ponto de criarem desfigurações”. Já Aratangy et al. (2018) utilizam automutilação para designar “um problema emocional caracterizado por comportamentos propositais que envolvem agressões diretas ao próprio corpo, mas sem a intenção de cometer suicídio” (p. 9), com o objetivo de aliviar raiva, tristeza e angústia sentidas ou mesmo o “vazio interno”. Para estes autores, a automutilação pode ser repetitiva, mas as lesões “quase sempre são superficiais geralmente feitas em pontos de fácil acesso” (p. 9-10), “indolores ou acompanhadas de dor de leve intensidade” (p. 10).

Araujo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) construíram um histórico do termo automutilação bastante detalhado em seu artigo, identificando os primeiros usos na literatura médica até o emprego nos manuais como CID-10 e DSM-V. Os autores consultados por Araujo et al. (2016) e os conceitos adotados pelos mesmos foram sintetizados na Figura 1.

Fonte	Definição
Turner (2002)	Primeiro artigo da literatura médica sobre automutilação publicado em 1876 relata uma mulher que arrancou os próprios olhos
Menninger (1938/1966)	Automutilação é uma ação realizada, de forma autopunitiva, de sacrifício de parte do corpo para preservar o todo, ao evitar suicídio
Favazza (1987/1996)	São três os tipos de Automutilação: (a) Grave: envolve atos drásticos como arrancar os próprios olhos e está ligada à psicoses; (b) Estereotipada: bater cabeça ou morder-se são exemplos e está ligada à Síndrome de Tourette; (c) Superficial/Moderada: envolve o uso de objetos cortantes ou pontiagudos para cortar a pele e pode ser dividida em (i) compulsiva ou automática como tricolomania, (ii) episódica, que se relaciona a determinados transtornos mentais como transtorno de estresse pós-traumático, personalidade borderline e depressão, e (iii) repetitiva que envolvem machucados crônicos.
Descritores em Ciências da Saúde (BVS, 2015)	Automutilação é o "Ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo" e Conduta autolesiva indica "Ato de machucar ou de fazer mal a si mesmo sem que haja intenção de suicídio ou perversão sexual"
CID-10 (2008)	Automutilação como sintoma de transtornos mentais presente nos quadros: F 98.4 – Estereotípias motoras; X60-X84 – Lesões autoprovocadas intencionalmente.
DSM-5	São duas formas: (a) Atos de automutilação como transtornos específicos, no caso do Transtorno de Escoriação 698.4 (L98.1); (b) Como sintoma de: Transtorno de Personalidade Borderline 301.83 (F60.3) e Amnésia Dissociativa 300.12 (F44.0)

Figura 1

Definições sobre automutilação elencados a partir de pesquisa efetuada por Araujo et al. (2016).

O uso dos termos empregados para abordar a autoagressão sem intenção suicida foi investigado por Chaves, Tardivo, Pinto e Rosa (2019) em uma revisão integrativa. A busca foi efetuada com o uso dos termos: automutilação, comportamento autodestrutivo, comportamento autolesivo, conduta autolesiva, autolesão, comportamento autolesivo não suicida, escarificações e autoflagelo. Foram analisados 24 artigos e dissertações publicados de janeiro de 2006 a maio de 2017. Com relação à nomenclatura, as expressões automutilação e escarificação predominaram nas publicações brasileiras, e os termos comportamento autolesivo não suicidário/suicida e comportamento autolesivo prevaleceram na literatura internacional. Essa diversidade de termos encontrados levou os autores a apontarem a dificuldade de uma definição universal para o fenômeno estudado. Complementam Chaves et al. (2019) que o DSM-V utiliza *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI), sendo o correspondente em português “autolesão sem intenção suicida”, e pesquisadores anglo-saxões preferem *Deliberate Self-Harm* (DSH), traduzido como “autolesão deliberada”. Apesar da falta de homogeneidade no uso dos termos em diferentes idiomas, Chaves et al. (2019) afirmam ser um equívoco o uso “do termo automutilação como similar ao comportamento autolesivo, ou ao NSSI” (p. 60) por sua relação como sintoma de transtornos *borderline* ou do espectro autista, sendo “um comportamento de alta gravidade, associado com a estrutura psicótica”. A respeito do termo adotado pelo DMS V, a SBP (2019) destaca que, para que este diagnóstico seja apontado, é necessário que:

no *último ano*, o indivíduo tenha se engajado *em cinco ou mais dias* em dano *intencional* autoinfligido à superfície do seu corpo, podendo induzir sangramento, contusão ou dor, com a *expectativa somente de um dano físico*, repetindo um comportamento porque sabe ou aprendeu, que provavelmente *não resultará em morte* (SBP, 2019, p. 3 – grifos do autor).

Há dificuldade em se conhecer a prática da violência autodirigida (SBP, 2019), pois o autorrelato é necessário, e o adolescente pode ocultar as lesões, o que implica em subnotificação. Apesar das dificuldades, alguns estudos permitem entender o perfil dos adolescentes que fazem autolesões. Fonseca, Silva, Araujo e Botti (2018) pesquisaram em 517 escolares, de 10 a 14 anos, residentes em Divinópolis, Minas Gerais, encontrando cerca de 9,5% de adolescentes que, no último ano, tinham realizado autolesão, notadamente,

meninas (quase 70%). Dentre os jovens que declararam engajamento em comportamento de autolesão, 61% não tinham intenção suicida, 69% declararam dor e a necessidade de alívio de sentimento de vazio e sensação ruim foram os motivos mais comuns declarados tanto para autolesões consideradas de tipo leve (ex: morder-se ou arranhar-se) quanto de tipo grave (ex: cortar-se, beliscar-se até sangrar).

Como forma de contribuir para os estudos sobre autolesão sem intenção suicida entre jovens brasileiros, este artigo teve como objetivo identificar e analisar a presença destas práticas na trajetória de jovens que passaram por internação no setor de saúde mental de um hospital universitário.

Método

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. A primeira etapa desta pesquisa, de tipo documental e retrospectivo, foi efetuada a partir da consulta a 147 prontuários de jovens, de 12 a 24 anos completos, que estiveram internados em uma unidade de saúde mental de um hospital universitário do Estado de Minas Gerais, no período de 01/01/2016 a 31/12/2018. O acesso aos prontuários e às entrevistas ocorreram após aprovação, por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAEE: 91225018.4.0000.5152), do projeto de pesquisa de maior amplitude que deu origem a este artigo e investigou o uso da rede de atenção psicossocial por jovens com histórico de tentativa de suicídio e internação psiquiátrica em hospital geral. Ao longo do processo de leitura de todos os 147 prontuários (alguns deles com 2, 3, 4 e até 5 volumes) foram registradas as informações relevantes para o estudo em diário de pesquisa (Kastrup, Maximino, Liberman & Martinez, 2019), sendo analisados para a confecção deste artigo, idade, sexo, cor/raça, escolaridade, número de internações, histórico de tentativa de suicídio e comportamento autolesivo. Finalizada esta etapa, o diário de pesquisa foi exaustivamente lido e, neste processo, identificou-se que, em prontuários de 20 jovens, havia registro de episódios descritos como “automutilação”, “autolesão” e “*cutting*”, tendo sido mantida, ao longo do artigo, a expressão usada em prontuário pelos profissionais de saúde. Os registros em diário de pesquisa referente a esses 20 prontuários foram lidos exaustivamente para identificação de trechos nos quais havia referência à autolesão, de forma a se identificar o que esses registros nos contam sobre os jovens.

A segunda etapa da pesquisa envolveu entrevistas com jovens que haviam tentado suicídio e estiveram internados entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, na unidade de internação de saúde mental do mesmo hospital universitário. Diferentemente da primeira etapa da pesquisa, as entrevistas permitem identificar o que os adolescentes e jovens falam sobre si. As entrevistas foram realizadas no momento da internação e três meses após a alta hospitalar, orientadas por roteiros semiestruturados, que investigaram as histórias de vida e a trajetória por serviços de saúde. As entrevistas efetuadas com oito jovens de 12 a 24 anos de idade foram literalmente transcritas e textualizadas conforme Meihy e Holanda (2018), isto é, foram eliminadas as perguntas, os erros gramaticais e as palavras sem peso semântico para “um texto mais claro e liso” produzido para cada entrevistado. Posteriormente, as entrevistas foram apresentadas e validadas por cada participante, caracterizando a transcrição (Meihy & Holanda, 2018), isto é, cada participante pode ler, sugerir acréscimos ou supressões de trechos da entrevista, validando-a. Após leitura flutuante das entrevistas, foram selecionados os trechos das entrevistas em que quatro jovens discorreram sobre comportamentos autolesivos em algum momento de suas trajetórias. Os prontuários dos jovens foram consultados após a realização das entrevistas para recolher informações como diagnóstico, motivo da hospitalização, internações prévias, uso de outros serviços de saúde.

Neste artigo, informações sobre profissionais de saúde, municípios de origem e os nomes empregados são fictícios, de modo a preservar as identidades dos adolescentes e dos jovens que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento, quando menores, e seus responsáveis, o TCLE.

Resultados e Discussão

Prontuários: o que nos contam sobre os jovens?

Os 20 jovens, cujo levantamento em prontuário apontou comportamento autolesivo (11 moças, seis rapazes, dois homens trans e uma mulher trans), tinham, em sua maioria, entre 18 e 24 anos (F=14), e os demais estavam na faixa de 13 a 17 anos. As informações sobre cor/raça estão ausentes em três prontuários. Os demais apontam dez brancos, quatro pretos/pardos e, para três, a categoria assinalada é “outro”. Esse

número de pretos/pardos vai na contramão do risco de suicídio entre adolescentes negros no Brasil, pois o Ministério da Saúde (2018) aponta um risco 67% maior de suicídio de negros/pardos comparativamente a adolescentes brancos, conforme estudado no período de 2012 a 2016.

Cinco jovens tiveram uma única tentativa de suicídio, sete tiveram entre duas e oito tentativas, e, nos prontuários de outros cinco jovens, os registros indicaram “várias” ou “múltiplas” tentativas. Apenas três jovens nunca haviam tentado suicídio, segundo os prontuários. Considerando-se que “uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para outra tentativa e para o próprio suicídio” (Ministério da Saúde, 2018, p. 37), o quadro encontrado é preocupante e requer a construção de cuidados continuados a esses jovens que considerem sua presença e vinculação com o território e redes de apoio. Some-se, à alta frequência de tentativas de suicídio, o elevado número de internações em serviços psiquiátricos (como leito em hospital geral universitário, internação em clínica psiquiátrica ou comunidade terapêutica) encontrado: dez jovens passaram por uma internação, cinco jovens por duas internações e os demais cinco jovens foram internados de três a sete vezes. Esses números apontam não apenas o risco de ingresso desses jovens em uma carreira de pacientes psiquiátricas, conforme Lobosque (2019), mas já uma cronificação dos mesmos (Pande & Amarante, 2011). Quanto aos diagnósticos (CID-10), os mais comuns, tanto na admissão, quanto na alta hospitalar, foram os transtornos do humor (F30-39), seguidos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-19).

Nos registros efetuados pelos médicos na ficha de solicitação de internação anexada ao prontuário ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente (internação voluntária) ou familiar (internação involuntária), aparece a expressão “automutilação” em “Histórico de automutilação e múltiplas tentativas de autoextermínio” (Anotação médica na folha de internação sobre Jovem 80 – Diário de Pesquisa, 2019). Já nas folhas de evolução do prontuário, preenchidas por integrantes de equipe multiprofissional, aparecem tanto a expressão “automutilação” quanto referências a “cortar-se” ou ainda “*cutting*”. O médico que o acompanhou no pronto atendimento destacou “Há marcas de automutilação nos braços”. Após sua internação em enfermaria psiquiátrica no registro de consulta médica, encontram-se “possui cortes, bate a

cabeça na parede, autoagressão com mordidas”, e, no diário, a pesquisadora anota “O médico anota o que vê” (Anotação da Psicóloga sobre Jovem 84 - Diário de Pesquisa, 2019). Durante o tempo de internação, a jovem recebeu atendimento psicológico e no prontuário a profissional, que a acompanhou, registrou “Sente-se julgada como louca. Afirma que já tentou se machucar (braços). Encaminhada para APS [Atenção Primária à Saúde]” (Anotação da Psicóloga sobre Jovem 54 - Diário de Pesquisa, 2019). No momento da alta, uma médica anota “Vê cobras no teto [...], uma moça que puxa sua perna. Refere *cutting* desde o início do ano e não quer que a mãe saiba. Alta para CAPS (Relatório de Alta Médica sobre Jovem 54 – Diário de Pesquisa, 2019). Essas diferentes formas utilizadas pelos profissionais de saúde apontam na mesma direção da revisão de Silva e Botti (2017), que caracterizam a automutilação como conceito polissêmico.

A multiplicidade de termos para autolesão está presente também em outros prontuários. Sua leitura apontou registros, feitos pelos profissionais de saúde, nos quais a investigação sobre a prática da autolesão pelo jovem ou as experiências de vida que levaram os jovens a se cortarem ou autoagredirem de diferentes modos é pouco aprofundada e aponta as seguintes direções: a) indicação sobre as partes(s) do corpo onde ocorreu lesão recente ou antiga; b) a idade de início das autolesões; c) a ocorrência de autolesão recorrente. As informações sobre a localização das lesões nos corpos dos jovens indicam, por exemplo, “Várias cicatrizes de cortes em mãos e braços, além de hematomas na região frontal da cabeça” (Anotação médica sobre o Jovem 84 – Diário de Pesquisa, 2019) ou “Mostra marcas de furos autoprovocados no braço. Não percebe que está se cortando” (Anotação médica sobre o Jovem 95 – Diário de Pesquisa, 2019)”. No entanto, a frequência com que ocorreram as autolesões, a forma como foram feitas (com que instrumentos) e se foram investigadas não foram registradas em prontuário. Jans et al. (2018) alertam para a necessidade de avaliação de risco de recorrência de comportamento de autolesão em crianças e adolescentes e, também, de risco de suicídio. Este tipo de avaliação deve incluir tanto os pais ou cuidadores dos adolescentes/jovens, quanto as necessidades psicológicas supridas pelo comportamento de autolesão, tais como: diminuir sentimento de despersonalização ou estados dissociativos, evitar tentativa de suicídio; procura por ajuda ou busca por manipular pessoas; autopunição ou demonstração de raiva de si.

A segunda direção que identificamos diz respeito ao início da autolesão. Essa informação tem pouco destaque nos registros em prontuário. Em três casos, há registros mais precisos sobre a data de início das autolesões. No primeiro exemplo, houve uma consulta em pronto socorro, no ano de 2012, aos 17 anos: “Começou a se cortar na escola e conta que quer se matar” (Anotação médica sobre Jovem 17 - Diário de Pesquisa, 2019). Não foi, portanto, uma investigação pregressa sobre a prática da autolesão, mas uma captura do momento em que ela acontecia, em virtude de consulta no pronto atendimento da mesma instituição, na qual, anos depois, ocorreria a internação em unidade de saúde mental. No segundo exemplo, o registro foi efetuado durante internação na unidade de saúde mental quando o jovem tinha 14 anos “Se automutila desde os 11 anos. Vazio existencial.” (Anotação médica em ficha de solicitação de internação sobre Jovem 80 – Diário de Pesquisa, 2019). No terceiro caso, “Aos 15 começou apresentar comportamento automutilante, evoluindo para sintomas depressivos e dissociativos” (Anotação médica sobre Jovem 126 – Diário de Pesquisa, 2019). Em outros casos, no entanto, o registro é pouco específico: “Automutilação na adolescência e três tentativas de suicídio” (Anotação médica sobre jovem 117 – Diário de Pesquisa, 2019). Já a mãe do Jovem 40, acompanhando uma consulta informou ao médico que assim registrou “Iniciou Baleia Azul há um mês e piorou a frequência de automutilação” (Anotação médica sobre Jovem 40 – Diário de Pesquisa, 2019). Botega (2015) alerta para o caráter de contágio/imitação em certos casos de suicídio de adolescentes, seja por tomarem conhecimento sobre o suicídio de parentes ou ídolos, seja pela divulgação nas mídias sociais, o que realça a importância de investigação clínica sobre o fenômeno. O jogo *online* Baleia Azul envolve a realização de 50 tarefas ou desafios a serem cumpridos pelo jogador, incluindo atos de automutilação em direção ao desafio final de pôr fim à vida, ou seja, para ganhar o jogo é preciso cometer suicídio (Moretto et al., 2017; Peixoto, 2017). Uma pesquisa com 862 jovens sobre a aceitação do jogo Baleia Azul, feita por questionário *online* divulgado em redes sociais, identificou 14 jogadores, a maior parte, de 13 a 18 anos e de gênero feminino, aderindo ao jogo em busca de vida social, diversão, amor, coragem, aventura e família (Peixoto, 2017).

A terceira direção aponta os registros sobre autolesão recorrente, sem que se especifique o sentido do termo “recorrente” (Algumas vezes num curto período de tempo? Poucas vezes, mas distribuídas com certa regularidade na vida do jovem?): “Madrasta relata tratamento para depressão há mais ou menos dois meses e duas tentativas prévias de suicídio. Automutilação recorrente” (Anotação Médica sobre jovem 34 - Diário de Pesquisa, 2019) e “Paciente com antecedente de comportamento autolesivo recorrente, tentou suicídio com superingestão de medicamentos” (Anotação médica na Ficha de solicitação de internação sobre Jovem 126 – Diário de Pesquisa, 2019).

Alguns registros destacam, ainda, relação entre autolesão e o controle de raiva ou dor, indicando que o comportamento autolesivo pode ser uma forma encontrada pelos jovens para lidar com as emoções: “Em crises de raiva se automutila” (Anotação médica sobre Jovem 50 – Diário de Pesquisa, 2019); “Ele se cortava para aliviar a dor”, aos 14 anos. Após término de relacionamento homoafetivo, iniciou relacionamento hétero tumultuado, após, iniciou depressão e aumentou uso de substância psicoativa - SPA (Anotação médica sobre o Jovem 70 –Diário de Pesquisa, 2019); “Automutila-se quando não tem sucesso em algo ou não controla sua raiva” (Anotação médica sobre Jovem 117 – Diário de Pesquisa, 2019); “Apresenta antebraços mutilados (forma de aliviar a dor tal qual dopada de remédios ou quando usa droga)” (Anotação médica sobre Jovem 121 – Diário de Pesquisa, 2019).

Os registros em prontuários também sinalizam que, em alguns casos, há uma relação entre o comportamento autolesivo e a internação psiquiátrica do jovem: “Paciente apresentou alteração de comportamento importante com heteroagressividade e episódios de automutilação” (Anotação em Ficha de solicitação de internação sobre Jovem 40 – Diário de Pesquisa, 2019). Uma enfermeira completou nas folhas de evolução: “Há dois dias apresentando comportamento violento e automutilação com cortes nos braços. Ingeriu 10 cps [comprimidos], mas não sabem informar de qual substância” (Anotação de enfermagem sobre Jovem 40 – Diário de Pesquisa, 2019). No prontuário de outro jovem, identificou-se a agressão a si e a outros como justificativa para internação: “Queixa principal: crises em que tenta se machucar e machucar familiares” e “Iniciou APS [Atenção Primária à Saúde] e após comportamento autolesivo grave foi internada na

enfermaria. Após alta [encaminhada para] seguimento em CAPS” (Anotação médica sobre Jovem 141 – Diário de Pesquisa, 2019). Jans et al. (2018) indicam a hospitalização apenas quando há, além das autolesões, risco de suicídio, comprometimento da saúde física, acompanhamento ambulatorial sem sucesso e melhores condições para avaliação em ambiente hospitalar que em ambulatório.

Além da internação, as autolesões podem se relacionar à procura por serviços de urgência: “Nas últimas semanas há diversas passagens por [serviços de urgência do município] por auto e heteroagressividade . . . morde-se, bate cabeça na parede” (Anotação médica sobre Jovem 84 – Diário de Pesquisa, 2019). Aratangy et al. (2018) sugerem que as autolesões devam ser investigadas e tratadas com a mesma seriedade que as tentativas de suicídio. Neste caso, a passagem por serviços de urgência (Botega, 2015) teria como justificativa permitir a avaliação e zelar pela segurança do jovem, mantendo-o afastado de meios com os quais poderia ferir-se, além de prestar apoio e esclarecimentos à família. No entanto, a passagem por serviços de urgência repetidamente pode indicar uma falha da rede em absorver esses casos e de propor planos de cuidado aos mesmos, ou mesmo a não-procura por outros serviços, sendo o tratamento centrado nas lesões físicas.

Os resultados desta primeira etapa da pesquisa destacaram os registros em prontuário. Já a segunda etapa dá voz aos adolescentes e jovens.

Entrevistas: o que falam os jovens?

Os jovens Afrodite, Miguel, Holder e Hamilton tinham, à época da primeira entrevista, respectivamente 17, 24, 15 e 22 anos. Afrodite estava concluindo o ensino médio, e Miguel já havia concluído. Holder estava terminando o ensino fundamental e Hamilton havia trancado a faculdade. Os três primeiros residiam com a mãe e irmãos, e Hamilton morava sozinho em município diferente de sua mãe.

Foi a descoberta dos cortes na pele que levaram a mãe de Afrodite, então com 15 anos de idade, a procurar ajuda médica na Unidade Básica de Saúde do bairro em que residiam: “Mas faz muito tempo que eu não faço isso mais, que aí minha mãe viu e aí eu comecei a fazer o tratamento e foi a partir disso que eu parei. Eu comecei com os remédios.” (Afrodite, 17 anos, 2019 – 2ª entrevista). Afrodite iniciou acompanhamento medicamentoso com psiquiatra e atendimento psicológico. A mãe associa os cortes à tentativa de suicídio,

segundo registro em prontuário, no entanto, Afrodite esclareceu que não havia, nesses episódios, nenhuma intenção de morrer: “pode ser a ansiedade porque é isso que me faz surtar às vezes. Eu não sei como explicar isso, mas era mais no estado de nervoso, acho que era tipo para descarregar em alguma coisa” (Afrodite, 17 anos, 2019 – 2ª. entrevista). No prontuário, há mais de um registro sobre a internação estar relacionada a uma segunda tentativa de suicídio. Esses registros, em folha de evolução, no entanto, consideram a informação da mãe e não de Afrodite: “História previa de tentativa de autoextermínio há 01 ano referido pela mãe (automutilação por ferimentos corto-contusos em antebraços)” (Anotação médica durante internação, Diário de Pesquisa, 2019).

Afrodite, ainda que relacione os cortes nos braços com a ansiedade, não destacou o que teria gerado essa ansiedade. Já Holder contou com mais detalhes sobre os diversos cortes e os motivos que o levavam a se cortar:

antes quando ninguém sabia que eu era depressivo eu tinha comprado [um canivete] para fazer isso, me cortar. . . . Já me cortei. Várias vezes. O meu braço é todo riscado. Antigamente o maior motivo era minha namorada, quando eu tinha uma decepção amorosa, alguma coisa, eu me cortava. Eu me sinto aliviado. Porque eu acho mais fácil sentir na pele do que sente na alma dor. Na alma dói mais. Minha mãe, antigamente, eu esperava que ela viesse, conversasse comigo, mas ela nunca fazia isso, ela não sabia que eu estava com esse problema e toda vez que eu chorava no quarto calado, quieto, eu esperava que ela visse e me ajudasse. Aí por causa disso eu perdi a confiança em falar com ela. Por isso que hoje eu não converso mais com ela sobre essas coisas. Porque até ela fica falando [engasga] ‘Você não desabafa comigo. Você não fala mais comigo sobre essas coisas’. Aí tem esse motivo por ela nunca ter me ajudado (Holder, 15 anos, 2020 - 1ª entrevista).

O alívio provocado pelos cortes que Holder fez sobre a pele com canivete depois de decepções amorosas nos permite pensar sobre as lesões como técnicas de sobrevivência (Le Breton, 2010). Para o autor, os cortes são como “uma cura para não morrer” e o sangue um “vestígio da realidade” (p.29) que, juntos, dão

ao sujeito adolescente uma calma ainda que temporária (Le Breton, 2010). Quando o canivete foi descoberto pela mãe de Holder, ela “pegou e escondeu e falou assim ‘só te entrego quando seu estado mental estiver bem’” (Holder, 15 anos, 2020 - 1ª entrevista). Portanto, para ela, o corte não pareceu uma “técnica de sobrevivência” e, sim, um perigo à vida do filho. Em outro momento, podemos perceber que o entendimento da mãe pode ser diferente da explicação dada pelo jovem. A mãe atribuiu a tentativa de suicídio e a internação ao rompimento do namoro. Para o jovem a internação foi precedida por um “surto”, como ele denomina, após uma briga com a mãe e um irmão mais velho, na qual empunhou uma faca e ameaçou cortar-se “só para brincar”, como destacado:

Vim para o hospital por causa do surto que eu tive em casa. Eu queria jogar [videogame] e fumar na sala, só que a minha mãe e o meu irmão não deixaram e eu insisti em continuar. Aí eles falaram que era para eu fumar ali no canto da cozinha, só que eu não queria, aí eu comecei a fazer graça com a faca, fiz cortes [mostra o braço]. Eu fiz esses dois cortes, aí a minha mãe sempre falando assim ‘eu vou chamar a ambulância, eu vou chamar a ambulância’, ela foi e chamou, aí eles foram lá e me levaram para [o pronto atendimento] e eu fiquei lá um dia. Depois de um dia eu vim para cá [hospital]. Os cortes eu fiz só para brincar... Mostrar que eu queria mesmo... porque tem hora que eu saio de mim eu não sei nem o que eu faço porque eu começo a fazer coisas sem nem saber. Eu me arrependi depois. Eu falei para minha mãe. Se você perguntar para ela falar que eu me arrependi. (Holder, 15 anos, , 2020 - 1ª entrevista)

O episódio do fazer “corte só para brincar” – como explicado por ele – levou à uma permanência de sete dias em serviço de urgência e encaminhamento para internação em hospital geral. No momento do primeiro contato da pesquisadora com a mãe de Holder, no convite para anuência sobre a realização da pesquisa, ela havia informado que o filho tinha tentado suicídio. A linha que divide a autolesão sem intenção suicida e a tentativa de suicídio parece pouco nítida para a mãe de Holder. A literatura aponta que a diferença consiste na intenção de morrer (Aratangy et al., 2018; Botega, 2015; Chaves, Tardivo, Pinto Junior & Rosa, , 2019; Jans et al., 2017; OPAS, 2018). Já as entrevistas feitas com o jovem apontam para

fronteiras e sentidos distintos no desenho destas linhas, sinalizando a relevância da tarefa da construção compartilhada de sentidos no cuidado em saúde mental.

Na idade de Holder, Hamilton já se cortava. Ele encontrou, nos cortes, uma estratégia para lidar com a dor. Os primeiros cortes aconteceram aos 15 anos e se repetiram em alguns momentos, precedendo o período de internação, aos 22. Quando perguntado sobre os cortes e as tentativas de suicídio, esclareceu que as tentativas envolveram o uso de medicamentos e, também, trancar-se no banheiro e por fogo em carvão. Ele aponta a diferença entre os cortes para alívio da dor e cortes como tentativa de suicídio:

De primeira [vez] dava só aqueles risquinhos. Porque na hora da crise de pânico você dá um risquinho na pele, olha só o que ensinam para gente outras pessoas que tem a mesma doença [crises de pânico e depressão], que se você se cortar, só se cortar mesmo sem ser profundamente a dor passa a ser física e a [dor] emocional some. E conferia em certo momento. Eu cortei meus pulsos e não deu certo, aí quando eu vi que não deu certo, eu comecei a cortar mais fundo. Comecei para aliviar a dor. Precisava me rasgar, como se tivesse alguma coisa dentro de mim que quisesse “sair para fora”. Com meus 15, 16 anos eu fazia isso e agora recentemente foi minha última tentativa. Com uns 15, 16 anos eu fazia. Também fiz com 19 anos e agora aos 22. É... se cortar sim, sim. Eu nunca tentei me matar me cortando. Porque a... a última tentativa foi porque eu fiquei um bom tempo, foi para me cortar, para me matar eu mesmo. Foi nos pulsos, só que meu namorado chegou a tempo e me acudiu. As outras foram para alívio. Foram diferentes. (Hamilton, 22 anos, 2020 - 1ª entrevista)

Hamilton, ao cortar-se para aliviar a dor, parecia estar procurando “um vestígio de realidade, obtido pelo sangue, pela dor possível” (Le Breton, 2010, p. 29). “O corte é um freio que serve como contentor, uma cura para não morrer, não desaparecer no colapso de si” (p. 29), permitindo “imediato enraizamento do sujeito na espessura de sua existência” (p. 29). A declaração de Hamilton sobre precisar “se rasgar” de novo nos leva a Le Breton, quando o autor aponta que o jovem, ao entalhar “seu corpo e fazendo sair aquilo que o sufoca, ele recupera sua respiração” (p. 29).

Miguel, mesmo durante a internação, contou que teve vontade de se cortar e esclareceu as estratégias que vinha usando, após a alta, para não se cortar:

Não, eu não fiz [cortes] mais não. Não me cortei mais. Tem hora que dá vontade. De vez em quando ainda tem isso [vontade de quebrar tudo] É, vem do nada. Eu fico muito ansioso, aí eu vou fumando. Tinha quatro meses que eu tinha parado. Aí eu voltei de novo. Aí dá vontade de se cortar e esses trem... Mas aí eu não faço não. Fumo bastante, aí ajuda. Passa [a vontade]. Ou então eu tomo algum remédio e vou dormir... por conta própria. É o de dormir mesmo que o médico passou. Aí eu tomo por conta própria. Melhora (Miguel, 24 anos, 2019 - 2ª entrevista).

As estratégias usadas por Miguel para tentar frear a vontade de se cortar são bastante diversas daquelas sugeridas pela literatura (Aratangy et al., 2018; Jans et al., 2018;), isto é, a) substituição dos cortes por outros comportamentos como escrever com caneta sobre a pele, esfregar uma borracha, segurar gelo, desenhar sobre a pele b) adesão a outros comportamentos que permitam desviar atenção como morder pedacinhos de gengibre, chupar limão, andar descalço sobre cascalho; c) conversar com alguém; d) realizar atividade física ou de lazer. São sugestões que, certamente, os jovens poderiam receber de um profissional que as conhecessem. Essa lista de sugestões parece indicar a substituição dos cortes sobre a pele por outras formas de agir “socialmente mais aceitas”. As “soluções” de Miguel parecem ter sido adotadas a partir de tentativas com o que estava disponível em seu ambiente, como usar uma dose extra da medicação prescrita e fumar, ambas indicando a substituição de uma ação por outra sem melhora na sua condição de saúde. Além disso, o uso da medicação “por conta própria” e do cigarro, aliviam a ansiedade e “barram” a vontade de se cortar, segundo ele. Tais atos corporais nos remetem às experiências juvenis em contextos de *espaços feridos* (Ferrándiz, 2005), que revelam modos de ser dificilmente comunicáveis ou verbalizados e, que exigem, portanto, a redobrada necessidade de inclusão da perspectiva do adolescente na co-construção do cuidado e da formulação das narrativas que equivocam e embaralham as linhas diagnósticas.

Em nosso Diário de Pesquisa, ao longo da descoberta das práticas de violência contra si pelos cortes na pele dos jovens, anotamos “a tentativa de suicídio é pública, mas os cortes na pele são íntimos”. Os relatos

sobre as tentativas de suicídio pareciam sempre menos difíceis de serem feitos, eram descritos nas entrevistas com detalhes, e possuíam diferenças entre uma primeira e uma segunda tentativa. As experiências de cortar a própria pele “escapavam” ao longo de uma entrevista, quando os adolescentes e jovens contavam sobre o que havia acontecido no dia em que haviam tentado o suicídio. Escapavam algumas palavras que sugeriam à pesquisadora que os cortes antecederam as tentativas. Foi preciso encontrar uma forma de perguntar sobre isso em um momento mais à frente do encontro, perceber se havia disposição para falar sobre isso, relembrar o contrato feito antes da assinatura do TCLE sobre poder responder apenas aquilo que desejassem, “pular” perguntas, apontar se algo que fora dito não deveria ser usado para a transcrição. Em alguns casos, foi apenas na segunda entrevista que foi possível que falassem sobre os cortes sobre a pele. Aqui, mais uma vez, nos apoiamos em Ferrándiz (2005) sobre os espaços feridos. Para o autor, tais espaços não surgem em âmbito público. Quando “escapam”, o fazem sob a forma de fragmentos ou por experiências corporais e podem, neste momento, estar acompanhados de emoções intensas ou mesmo de um estado alterado de consciência. Falar sobre este assunto com uma pesquisadora que se conheceu há pouco é tornar público algo muito íntimo. A confusão nos momentos de transcrição da primeira entrevista com os fragmentos que apontavam a presença dos cortes sobre a pele nas trajetórias desses adolescentes e jovens sinalizaram a necessidade de ser autorizada a conhecer essa dimensão da existência de cada um dele.

A etapa da pesquisa que ouviu os adolescentes/jovens permite refletir sobre o lugar dos serviços de saúde na escuta desse público a partir dos seus modos de vida. Caponi (2017) chama a atenção para a necessidade de construir “estratégias de saúde pública mais efetivas e solidárias” (p. 80), as quais devem estar embasadas em um conceito de saúde “como segurança contra o risco e audácia para corrigi-lo” (p. 29). Com base em Canguilhem (1990), a autora afirma que “a experiência do vivo” inclui a experiência da doença, do infortúnio e do sofrimento. Portanto, entendemos que os serviços têm como fundamental tarefa construir estratégias que permitam a aproximação das equipes aos diversos modos de existir desses adolescentes e jovens, que acolham o sofrimento como parte da existência desses jovens que se cortam e os auxiliem na construção de outras histórias.

Considerações Finais

A pesquisa nos registros em prontuários permitiu a identificação de múltiplos termos para designar os cortes sobre a pele feitos pelos adolescentes e jovens (como automutilação e *cutting*), a apreensão de uma relação entre essas ações de violência contra si e o percurso por instituições de saúde (ser internado após automutilação recorrente) e a compreensão de certo apagamento ou ausência do adolescente/jovem para falar sobre si (nas evoluções em prontuário, apareciam entre aspas, falas dos responsáveis pelo jovem durante as consultas ou apenas o registro dos profissionais de saúde sobre a idade de início ou os locais do corpo em que os cortes eram feitos). Ao ouvir diretamente os adolescentes e jovens, foi possível perceber as variações entre as explicações destes sobre os cortes (nos casos em que os cortes não configuravam uma tentativa de suicídio) e as decisões pela internação em hospital (nas quais, muitas vezes, pais e profissionais de saúde foram os sujeitos diretamente envolvidos). Destaca-se, aqui, tensões e variações entre a enunciação (os registros em prontuário, os diagnósticos atribuídos) e o agir dos adolescentes/jovens (ter-se cortado apenas por brincadeira num momento, ter-se cortado para aliviar a dor em outro) e as formas de construção do cuidado a esses adolescentes/jovens (que nem sempre lhes permitem a palavra).

Como principal contribuição desta pesquisa, destacamos a possibilidade de ouvir sobre os episódios de violência contra si relatados pelos adolescentes/jovens, dando-nos “sua versão sobre os fatos”. No geral, nos prontuários, parece que alguém fala pelo jovem (o registro do médico, a fala da mãe entre aspas anotada pelo médico, e mais raramente um indicativo de que a informação foi dada diretamente pelo adolescente/jovem).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por bolsa de Pós-Doutorado Sênior concedida à primeira autora (Processo 148573/2018-5) e bolsa produtividade à segunda autora (Processo 307322/2018-1).

Referências

- Aratangy, E. W., Russo, F. L., Giusti, J. S., & Cordás, T. A. (2018). *Como lidar com a automutilação. Guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação*. São Paulo: Hogrefe.
- Araujo, J. F. B. de, Chatelard, D. S., Carvalho, I. S. C., & Viana, T. de C. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497-515. doi:0.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida. Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Caponi, S. A. (2017). Saúde como abertura ao risco. In D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 59-81). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Castiel, L. D., Guilam, M. C. R., & Ferreira, M. S. (2010). *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Chaves, G., Tardivo, L. S. de La P. C., Pinto, A.A. Jr., & Rosa, H. R. (2019). O comportamento autolesivo na adolescência: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*, 13(1/2), 54-67. doi:10.33947/1982-3282-v13n1-2-3861.
- Costa, J. dos S., Silva, A. C., & Vedana, K. G. G. (2019). Postagens sobre autolesão não suicida na internet. *Adolescência & Saúde*, 16(1), 7-12. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=766
- Ferrándiz, F. (2005). Venas abiertas: africanos y vikingos entre los jóvenes espiritistas venezolanos. In F. Ferrándiz & C. Feixa. (Orgs.). *Jóvenes sin tregua: culturas y políticas de la violencia* (pp. 171-184). Barcelona: Antrophos.
- Fonseca, P. H. N. da, Silva, A. C., Araujo, L. M. C. de, & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 246-258. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017

- Jans, T., Vloet, T. D., Taneli, Y., & Warnke, A. (2018). Suicídio y conducta autolesiva (F. Prieto-Tagle & M. Vidal, Trad.). In M. Irrarázaval & M. Andres (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp. 1-40). Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatria del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines
- Kastrup, V., Maximino, V. S., Liberman, F., & Martinez, F. P. M. (2019). Acompanhando processos na pesquisa, uma conversa. In R. Mendes, A. B. Azevedo, & M. F. P. Frutuoso. *Pesquisar com os pés. Deslocamentos no cuidado e na saúde* (pp. 50-75). São Paulo: Hucitec.
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25-40. doi: 10.1590/S0104-71832010000100003
- Lobosque, A. M. (2019). As meninas-que-cortam. In L. T. de L. e S. Surjus, & M. A. A. Moysés (Orgs). *Saúde mental infanto-juvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência* (pp.10-12). Santos: Unifesp/Abrasme.
- Meihy, J. C. S. B., & Holanda, F. (2018). *História oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2016). *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2018). *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros: 2012 a 2016*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf?fbclid=IwAR1JvKQluNZNIT6s_XKYE6OiaUWfWH1toENITr1xUB1TjV_wlWCeA1iBIM
- Moretto, M. L. T., Svartman, B. P., Freller, C. C., Massola, G. M., Crochík, J. L., & Silva, P. F. da (2017). O suicídio e a morte do narrador. *Psicol. USP*, 28(2), 159-164. doi:10.1590/0103-656420172802

- Organização Panamericana da Saúde [OPAS] (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilância de intentos de suicídio y autoagresiones*. Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Pande, M. N. R., & Amarante, P. D. de C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076. doi: 10.1590/S1413-81232011000400006
- Peixoto, K. J. L. (2017). Popularidade entre os jovens Brasileiros do “jogo do suicídio”: Baleia azul e sua aceitação. *Revista Extensão & Sociedade - PROEX/UFRN*, 8(2), 71-78. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/view/11859/pdf>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717. doi:10.1590/S1413-81232005000300027
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (2006). *Atenção à saúde do adolescente*: Belo Horizonte: Autor.
- Silva, A. C., & Botti, N. C. L. (2017). Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18, 67-76. doi: 10.19131/rpesm.0194
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. (2019). *Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar*. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/48.%20Autoles%C3%A3o%20na%20adolesc%C3%A2ncia%20como%20avaliar%20e%20tratar.pdf>
- Tardivo, L. S. de La P. C., Rosa, H. R., Ferreira, L. S., Chaves, G., & Pinto, A. A. Jr. (2019). Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 159-169.
- Tostes, G.W. (2017). Dor cortante: sofrimento emocional de pessoas que se autolesionam. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Recuperado a partir de: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/947>.