

A PRÁTICA DA AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: O OLHAR DA PSICOLOGIA ESCOLAR/ EDUCACIONAL

Rodrigo da Silva Almeida¹
Maria Sônia da Silva Crispim²
Dionísio Souza da Silva³
Sandra Patrícia Lamenha Peixoto⁴



RESUMO

O presente artigo consiste numa revisão bibliográfica do tipo narrativa que tem como objetivo apresentar as contribuições da Psicologia Escolar/Educacional diante da problemática da Automutilação na adolescência. A Automutilação nada mais é do que qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro da própria cultura e nem para exibição, praticada por indivíduos que possuem poucas estratégias de enfrentamento, dificuldade para regular o afeto e limitada habilidade de resolução de problemas, prevalecendo principalmente entre adolescentes em idade escolar, período em que esse público está enfrentando uma crise de identidade. Diante dessa problemática, a Psicologia Escolar/Educacional pode trazer importantes contribuições ao despatologizar a Automutilação e desconstruir a visão de que ela se constitui numa doença, apresentando-a como um fenômeno psicossocial. Além disso, dentre as ações que o psicólogo escolar/educacional poderá desenvolver estão: elaboração de projetos educativos específicos, abordando essa temática; a escuta clínica dos sujeitos praticantes ou não da Automutilação por meio, do Plantão Psicológico e do Aconselhamento Psicológico. Portanto, é possível perceber que existem várias formas pelas quais esse profissional poderá intervir diante da problemática da Automutilação na adolescência.

PALAVRAS-CHAVE

Automutilação. Adolescência. Psicologia Escolar/ Educacional.

ABSTRACT

The present article consists of a bibliographical revision of the narrative type that aims to present the contributions of School / Educational Psychology in the face of the problem of Self - mutilation in adolescence. Self-mutilation is nothing more than any intentional behavior involving direct aggression to one's own body without a conscious intention of suicide and is not socially accepted within the culture itself or even for display, practiced by individuals who have few coping strategies, difficulty regulating affect, and Limited ability to solve problems, prevailing mainly among school-age adolescents, a period in which this public is facing an identity crisis. Faced with this problem, School / Educational Psychology can bring important contributions to deparatologize Self-mutilation and deconstruct the view that it is a disease, presenting it as a psychosocial phenomenon. In addition, among the actions that the school / educational psychologist can develop are: elaboration of specific educational projects addressing this theme; The clinical listening of subjects practicing or not of Self-mutilation through Psychological and Psychological Counseling. Therefore, it is possible to perceive that there are several ways in which this professional can intervene in the problem of Self-mutilation in adolescence.

KEYWORDS

Self-mutilation. Adolescence. School / Educational Psychology.

1 INTRODUÇÃO

Os comportamentos autolesivos são um problema de saúde pública que têm aumentado consideravelmente no público adolescente e nas escolas, provavelmente devido á divulgação realizada por meio das redes sociais e também por causa da influência de alguns ídolos e celebridades que também praticam ou já praticaram esses comportamentos, naturalizando-os e reforçando-os; despertando um interesse crescente de diversos pesquisadores na sua investigação devido aos impactos dos mesmos na vida dos indivíduos.

A Automutilação é então uma forma disfuncional de enfrentar situações-problema, praticada por indivíduos que possuem poucas estratégias de enfrentamento, dificuldade para regular o afeto e limitada habilidade de resolução de problemas, prevalecendo principalmente entre adolescentes; podendo tornar-se um comportamento grave e incapacitante caso venha a persistir na vida adulta.

A Psicologia Escolar/Educacional pode trazer grandes contribuições diante dessa problemática, ao despatologizar a Automutilação e desconstruir a visão de que ela se constitui numa doença, apresentando-a como um fenômeno psicossocial e produto de uma sociedade "doente" que produz doenças. Conseqüentemente, tendo

em vista a amplitude de ações que podem ser desenvolvidas por esse profissional na escola, o presente artigo apresentará algumas das possíveis formas de intervenção que poderão ser colocadas em prática.

Diante disso, tendo em vista a escassez de pesquisas, articulando a Psicologia Escolar/Educacional o presente artigo tem como objetivo trazer as contribuições dessa área de atuação da Psicologia diante da problemática da Automutilação na adolescência.

2 A AUTOMUTILAÇÃO

A Automutilação nada mais é do que qualquer comportamento intencional, envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro da sua própria cultura e nem para exibição (CARDOSO, 2011; MESQUITA et al., 2011). Então, a Automutilação é um fenômeno heterogêneo que está associado a vários fatores precipitantes e acompanhado por experiências subjetivas (GIUSTI, 2013; GARRETO, 2015).

Além disso, os comportamentos autolesivos são um problema de saúde pública que têm aumentado consideravelmente no público adolescente e nas escolas, provavelmente devido à divulgação realizada por meio das redes sociais, onde comumente adolescentes postam fotos de seus cortes, descrevendo como praticaram e como se sentem após realizar esse comportamento e, devido a alguns ídolos e celebridades também influenciarem nesse ritual, como a cantora Demi Lovato, que sofreu bullying, anorexia e revelou em um vídeo no youtube que já havia praticado a Automutilação (ROSA, 2014).

Isso tem corroborado para que ocorra a naturalização e o reforço desse comportamento (SILVA; SANTOS, 2016); despertando um interesse crescente na investigação devido aos impactos dos mesmos na vida das pessoas (DUQUE; NEVES, 2004; NUNES, 2012; BERNARDES, 2015). A Automutilação é então classificada em quatro categorias por Rosenthal e Favazza (1996 apud GIUSTI, 2013):

| | |
|--|--|
| Automutilação do tipo Estereotipado | Apresenta comportamentos altamente repetitivos, monótonos, fixos, frequentemente ritmados e parecem comandados; com as lesões tendendo a manter um mesmo padrão, podendo variar de leves a graves ferimentos, podendo colocar em risco a vida da pessoa. As pessoas que a praticam não têm vergonha e/ou disfarçam esse comportamento, mesmo quando diante de expectadores e costuma ser frequente em pessoas com retardo mental, autismo etc. |
| Automutilação do tipo Grave | Inclui ferimentos graves, frequentemente colocando a vida da pessoa em risco, ocasionando ferimentos irreversíveis, como: castração e amputação de extremidades. Poucas vezes esse comportamento se repete, provavelmente devido à gravidade das lesões. Costuma ser acompanhada por delírios religiosos, com pensamentos de punição, tentação e salvação. Este tipo de Automutilação não é critério diagnóstico de nenhum transtorno mental, mas costuma estar associada a quadros com sintomas psicóticos, transtornos da personalidade etc. |

| | |
|---|---|
| Automutilação do tipo Compulsivo | Inclui comportamentos repetitivos, algumas vezes rítmicos, ocorrendo diariamente e inúmeras vezes num mesmo dia, como na tricotilomania, comportamento mais conhecido desse tipo de Automutilação. |
| Automutilação do tipo Impulsivo | Nesse tipo o indivíduo corta a pele, se queima e se bate; comportamentos conceituados como atos agressivo-impulsivos, onde o alvo da agressão é a si mesmo. Normalmente ocorre após uma vivência traumática de uma forte emoção, como a raiva, ou apenas ela lembrança dela; sendo vistos como forma de lidar com a emoção. |

Fonte: Giusti (2013, p. 44-45); Garreto (2015, p. 35-36).

A Automutilação abrange uma ampla gama de comportamentos, incluindo: cortes superficiais; queimaduras; arranhões; mordidas; bater certas partes do corpo contra a parede ou objetos; contundir ou fraturar ossos; interferência no processo de cicatrização de ferimentos, com conseqüente aumento; arranhar e escavar a própria face, acompanhado de sangramento; infectar-se; inserir objetos em cavidades do corpo; puxar cabelos, além de esfregar pedaços de vidros na pele e outros, sempre realizados com a intenção explícita de causar danos ao organismo. Geralmente os indivíduos empregam mais de uma forma para se automutilar, em diferentes situações; onde as áreas mais comumente atingidas são braços, pernas, peito e outras regiões na parte frontal do corpo, onde o acesso é mais fácil (GIUSTI, 2013; GARRETO, 2013).

De acordo com Dinamarco (2011) ao se automutilar o indivíduo aprecia a dor física, que lhe proporciona desviar a sua atenção de uma tensão psíquica insuportável. Todavia o conflito psíquico que o indivíduo não enfrenta ao desviar sua atenção para a incisão na sua pele não foi resolvido, sendo apenas momentaneamente interrompido, afastado. O prazer de se cortar é então resultante da possibilidade de alívio da tensão psicológica com a substituição de uma tensão biológica que acontece com o retorno do impulso de destruição para o próprio corpo. E é essa substituição da dor psicológica pela dor física que torna o comportamento de se automutilar algo prazeroso.

Giusti (2013), corroborando com a autora acima, complementa que durante e depois do ato os indivíduos que a praticam descrevem que se sentem satisfeitos, aliviados e até felizes e fascinados com os sinais e sensação de calor do sangue que escorre dos ferimentos, comumente não sentindo nenhuma dor ou dor de leve intensidade associada às lesões; ou seja, ela é acompanhada da sensação de bem estar e alívio, que podem persistir por algumas horas, dias e, muito raramente, por semanas, retornando os sentimentos precipitantes logo depois.

A Automutilação geralmente é precedida por um aumento de tensão, raiva de si, ansiedade, depressão, disforia e sensação de perda de controle; com fatores precipitantes que podem ter várias origens, como por exemplo: sensações de rejeição ou abandono (real ou imaginário) culpa e vazio, sentimento de inutilidade e sensação de irrealidade; onde os motivos para se automutilar se sobrepõem no mesmo indivíduo.

Segundo Giusti (2013), o comportamento de se automutilar inicialmente é episódico, porém pode se tornar repetitivo; aumentando em frequência e intensidade, podendo levar á desfiguração física e a uma incapacidade de controlar o

comportamento. Nesta fase, ocorrências de tentativas de suicídio, comumente por overdoses, são mais frequentes. Conseqüentemente, esses indivíduos acabam empregando parcela significativa do seu tempo, pensando em formas de se automutilar, experimentando um desejo incontrolável de se cortar, principalmente quando impedidos de executar; podendo se ferir por horas e até dias e ainda desenvolver comportamentos ritualísticos, como organizar compulsivamente objetos para a Automutilação.

De acordo com Garreto (2015), ambientes inseguros/inconsistentes (com negligência, repressão da expressão emocional, abuso sexual etc.) levam o indivíduo a ter um desenvolvimento interpessoal pobre e pouca habilidade para lidar com as próprias emoções. Além disso, aproximadamente 90% dos indivíduos que apresentam tal comportamento relataram que, ao longo de sua existência, foram desencorajados a externalizar suas emoções, especialmente a raiva e a tristeza. Os fatores de risco podem então ser agrupados da seguinte forma:

| | |
|--|---|
| Características Pessoais | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de mecanismos de adaptação; - Pessimismo; - Insegurança; - Distorção da imagem corporal; - Baixa autoestima; - Instabilidade emocional; - Impulsividade; - Autodepreciação. |
| Transtornos Psiquiátricos | <ul style="list-style-type: none"> - Transtorno de Personalidade Borderline; - Ansiedade; - Depressão; - Transtornos Alimentares; - Transtornos de uso de substâncias; - Outros transtornos da Personalidade (Ex: Histriônico e Antissocial, etc.). |
| Problemas Relacionados à Infância | <ul style="list-style-type: none"> - Negligência; - Abuso (sexual, físico, emocional); - Dificuldade de apego; - Doença grave ou cirurgias na infância; - Estresse emocional precoce. |
| Social | <ul style="list-style-type: none"> - "Bullyng"; - Informações sobre Automutilação pela mídia (TV, internet, etc.); - Colegas que se automutilam; - Dificuldades de relacionamento. |
| Família | <ul style="list-style-type: none"> - Dependência de álcool; - Separação precoce dos pais; - Desvalorização por parte da família; - Violência familiar; - Relação familiar disfuncional; - Depressão em algum dos pais. |

Fonte: Giusti (2013, p. 38).

A Automutilação também se diferencia do suicídio. Embora sejam comportamentos que são frequentemente associados e dividam algumas experiências em comum, ambos são distintos. O indivíduo que realmente tenta suicídio tem como objetivo a morte (está em busca de um fim). Já o que se mutila está procurando o alívio dos seus sofrimentos; sentir-se melhor (está em busca de mudança); com resultados imediatos e poderá ser repetida várias vezes até que a sensação desejada de alívio seja atingida. Todavia, pessoas que se cortam de forma repetitiva estão em risco para o suicídio e devido à inabilidade de conter os próprios atos, podem se cortar mais profundamente e acabar morrendo, mesmo sem ter a intenção consciente de morrer (GIUSTI, 2013; GARRETO, 2015).

Assim, a Automutilação é considerada como uma forma disfuncional de enfrentar situações-problema, sendo praticada comumente por indivíduos que possuem poucas estratégias de enfrentamento, dificuldade para regular o afeto e limitada habilidade de resolução de problemas (GARRETO, 2015); sendo utilizada principalmente por adolescentes.

2.1 A AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um fenômeno cultural, sociopolítico e histórico (MATHEUS; EISENSTEIN, 2006); período intermediário entre a infância e a vida adulta, caracteriza-se por sua extrema complexidade, marcada por mudanças físicas, psíquicas e sociais (VAN DE GRAAF, 2003; GASPAR; LATERZA, 2012). Nessa fase os indivíduos precisam organizar as exigências e expectativas conflitantes oriundas da família, comunidade, amigos e desenvolver percepções das mudanças que estão acontecendo no seu corpo e no seu leque de necessidades, estabelecer independência e construir uma identidade para a vida adulta (DAVIDOFF, 2001; BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008). Essa fase do desenvolvimento também é caracterizada por momentos de crises, que encaminham o indivíduo na construção de sua subjetividade (FROTA; MORATO, 2015).

Devido aos adolescentes passarem por uma perda temporária da identidade, é comum que eles utilizem o corpo como cenário de representações para os conflitos que não alcançaram, ainda, elaboração e simbolismo. Então, as mudanças corporais características da adolescência proporcionam, em certos momentos, a utilização do corpo como uma forma de descarga das experiências emocionais dolorosas, ao mesmo tempo em que oferece um palco para a dramatização de conflitos e fantasias evocadas nesse período (ADAMO, 2008).

Além disso, uma vez que a adolescência apresenta inúmeros desafios, ela costuma gerar instabilidade e agitação na vida dos indivíduos (WEITEN, 2010), são comuns perturbações no humor, instabilidade nas emoções, episódios depressivos, comportamentos arriscados, imprudentes, violadores de regras e antissociais, que podem prejudicar os outros ou a si (SCHULTZ; SCHULTZ, 2015), como acontece na Automutilação.

A Automutilação surge principalmente durante a adolescência (DINAMARCO, 2011), entre os 13 e 14 anos e permanece por dez a quinze anos, podendo persistir

por décadas, não existindo um consenso se existem prevalências entre os gêneros. Além disso, alguns indivíduos que se automutilam param este comportamento independentemente de qualquer intervenção, provavelmente devido ao desenvolvimento de mecanismos mais eficientes para lidar com situações adversas que acontecem normalmente com o desenvolvimento neurocognitivo (NUNES, 2012; GIUSTI, 2013; GARRETO, 2015).

Já nas escolas o assunto costuma estender-se, nos períodos de aula e nos horário de intervalo, quando falar sobre a Automutilação toma conta do pensamento e das conversas dos adolescentes, geralmente em grupos fechados. Nas redes sociais, quando estão compartilhando suas experiências, esses indivíduos costumam dizer que as áreas que escolhem para fazer os cortes, são principalmente os braços, pernas, barriga e mãos, locais mais acessíveis e mais fáceis de esconder dos pais e professores (ROSA, 2011); comportamento que sofre uma espécie de contágio social, sendo passada de grupo em grupo, pois além de ensinarem e aprenderem, comumente os adolescentes encorajam outros indivíduos a aderirem a essa prática (SILVA; SANTOS, 2016).

Rodriguez (2010) acrescenta outra problemática que contribui para que os adolescentes recorram à Automutilação: o bullying, que geralmente é praticado na escola e/ou nas suas imediações; sendo justamente a falha dos profissionais da escola na hora de intervir de forma eficiente antes e durante o episódio a responsável por várias outras consequências negativas, além da Automutilação, como o receio em expressar sentimentos e emoções e o surgimento de comportamentos que colocam em risco a vida desses adolescentes, como abuso de álcool e outras drogas e o suicídio.

Diante disso, a Automutilação tem sido empregada pelos adolescentes como uma forma de lidar com as próprias emoções, período em que os indivíduos começam a identifica-las melhor e a vivê-las com maior intensidade. A adolescência acaba sendo então o período de maior sensibilidade aos afetos, com menor capacidade de expressão e enfrentamento destas, colocando esse público em situação de maior vulnerabilidade para experimentar esse comportamento como forma de encarar as crises características dessa faixa etária (GARRETO, 2015).

Esse comportamento funciona então como uma forma de escrita no próprio corpo da própria subjetividade no campo da realidade; local onde as experiências subjetivas podem ser comunicadas, onde algo interior se torna exterior e pode ser “comunicado” e visto pelos outros. Então, ao invés de uma psicopatologia, a Automutilação é a expressão de um conflito onipresente na relação do sujeito com a imagem e com a alteridade (SILVA; SANTOS, 2016).

Assim, a dificuldade de regular o afeto pode resultar da vulnerabilidade emocional pela qual os adolescentes comumente passam nessa fase, somada com a falta de habilidade para lidar com emoções dolorosas e capacidade de resolver problemas; recorrendo à Automutilação quando estão enfrentando momentos intensos e intoleráveis, como ansiedade, tristeza, raiva, sentimento de fracasso, depressão, episódios de despersonalização, baixa autoestima, perfeccionismo e também como uma forma de autopunição e/ou de proporcionar uma sensação de controle interno; na tentativa de ser aceito pelo grupo e/ou ser parecido com alguém (GARRETO, 2015).

Diante disso, a Psicologia, ao estudar todas as etapas da vida do ser humano, inclusive a adolescência, pode contribuir para o entendimento dessa temática, esclarecendo aspectos importantes que contribuem para a qualidade das relações humanas (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

3 METODOLOGIA

O presente artigo consiste numa revisão bibliográfica do tipo narrativa a respeito das contribuições da Psicologia Escolar/Educacional diante da problemática da Automutilação na adolescência, a partir dos seguintes descritores: Automutilação, adolescência e Psicologia Escolar/ Educacional. Foram utilizadas as seguintes plataformas de pesquisa: Scielo, BVS-Psi, Lilacs, BDOT (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), Medline e Redalyc. A elaboração desse texto contou então com o embasamento total de 32 referências. Não foi feita nenhuma filtração por ano, sendo aproveitados todos os que atenderam ao recorte temático proposto no presente artigo.

4 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO ESCOLAR/ EDUCACIONAL DIANTE DA PROBLEMÁTICA DA AUTOMUTILAÇÃO

A Psicologia Escolar/Educacional é a área que interliga Psicologia e Educação, a qual tem crescido consideravelmente no Brasil, apresentando várias formas de atuação (OAKLAND, 2011), indo desde aquelas mais tradicionais, conhecidas por já terem uma história relativamente consolidada no Brasil; até as formas de atuação emergentes, surgidas mais recentemente e, conseqüentemente, ainda pouco difundidas (MARTINEZ, 2009).

De acordo com Martinez (2009), dentre as formas tradicionais de atuação desse profissional está a elaboração de projetos educativos específicos sobre determinada temática, como resposta diante de problemáticas concretas que se expressam na instituição escolar ou na comunidade onde ela está localizada; ou podem surgir a partir de objetivos delineados na proposta pedagógica e pelas prioridades definidas para o trabalho educativo, assumindo uma natureza essencialmente preventiva.

Então, um projeto nesse sentido poderia ser feito, dentre outras temáticas possíveis, sobre a Automutilação, onde o objetivo poderia ser, por exemplo, sensibilizar os adolescentes praticantes ou não desse comportamento para que procurem uma forma mais assertiva de expressar seus conflitos interiores. No intuito de atingir esse objetivo, a intervenção poderia ser uma palestra, abordando, dentre outras coisas, a importância da construção da identidade na adolescência, com base na teoria de Erik Erikson. Segundo esse teórico, quando os indivíduos adentram nessa fase eles terão que enfrentar e resolver uma crise de identidade básica do ego, e, caso a resolução dessa crise ocorra de forma satisfatória, o resultado será um quadro consciente e congruente (SCHULTZ; SCHULTZ, 2013).

Entretanto, quando a resolução dessa crise não acontece de forma assertiva, o adolescente não consegue formar uma identidade coesa, entrando numa crise de

identidade caracterizada pela confusão de papéis; fazendo com que ele não saiba quem é, qual o seu lugar na sociedade, o que quer se tornar. Essa crise de identidade pode fazer com que esse adolescente se afaste da sequência normal da vida ou busque uma identidade negativa, recorrendo, por exemplo, à Automutilação (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Além disso, Schultz e Schultz (2015), ainda com base na teoria de Erikson, citam o impacto potencialmente forte dos grupos de colegas no desenvolvimento da identidade do ego na adolescência; onde a associação excessiva com grupos e cultos fanáticos e uma identificação obsessiva com ídolos e famosos pode limitar o desenvolvimento do ego. O psicólogo escolar/educacional também irá procurar sensibilizá-los sobre as repercussões que a Automutilação acarreta a médio e longo prazos, estimulando-os a procurar expressar de uma forma mais assertiva os seus afetos, buscando alternativas para isso, como, por exemplo, fazer psicoterapia, praticar alguma atividade física, atividades artísticas, como o teatro etc.

Outro aspecto importante que poderia ser enfatizado pelo psicólogo escolar/educacional é a importância de os adolescentes desenvolverem uma boa autoestima, que de acordo com Matheus e Einsenstein (2006) nada mais é do que um sentimento de valor que os indivíduos têm por si mesmos, influenciando de forma profunda a maneira como eles se percebem e interagem com o mundo. Então, será a partir da construção de uma identidade saudável e coesa que os adolescentes desenvolverão a confiança em si, adquirirão mais segurança ao interagir com os outros, o que é fundamental para que não sejam influenciados por ídolos, amigos próximos e/ou parentes a praticarem a Automutilação.

Além disso, sendo a Automutilação um comportamento silencioso, havendo nos jovens que a praticam uma singularidade talhada no corpo, no sangue, no limite do corte num aproximar-se da morte sem morrer; é necessário fazer a escuta das perturbações psíquicas por ela desencadeadas (VILHENA; PRADO, 2015). O psicólogo escolar poderá então fazer uso da escuta clínica como uma forma de abordar os fenômenos que se desenrolam no cotidiano escolar, possibilitando a esse profissional a criação de situações coletivas, espaços de construção de conhecimentos sobre as experiências desses adolescentes que praticam a Automutilação, corroborando para que essa problemática seja amplamente discutida e a busca de solução para ela, compartilhada (MARTINS, 2003).

Silva e Santos (2016) complementam, dizendo que o que poderá ajudar realmente um indivíduo que pratica a Automutilação é autorizá-lo a falar e expressar-se, ouvindo-o e reconhecendo-o em sua singularidade; proporcionando-lhe fazer uma troca simbólica com aqueles que estão em seu entorno. Possibilitar a fala a esse sujeito é dar voz a esse silêncio presente, atualmente, em nossa sociedade contemporânea, tendo em vista que automutilar-se acaba se tornando a forma utilizada para comunicar seus afetos. Consequentemente, ofertar um espaço de escuta para os que praticam ou não a Automutilação possibilitará que esses adolescentes expressem suas formas de ver e dizer como se sentem e pensam no mundo, proporcionando o compartilhamento de experiências e a construção de espaços de singularização.

Poderá ser desenvolvida, sabendo da relevância que tem essa escuta clínica na escola diante das problemáticas da Automutilação, uma intervenção específica com esse propósito por meio do Plantão Psicológico. Mahfoud (2012, p. 46), ao relatar a experiência do Plantão numa escola pública, afirma que essa forma de atendimento emergencial tem surgido em resposta ao pedido de técnicas que a Educação tem feito à Psicologia, apresentando-se como “[...] uma rota de orientação dentro da desorientação cultural em que vivemos, e que nossas crianças e adolescentes não têm como evitar”.

A escuta do Plantão Psicológico possibilitará aos adolescentes praticantes ou não da automutilação, o que Mahfoud (2012) chama de “consciência de si mesmo” e da realidade circundante, alguém com quem poderão contar e a busca saudável de recursos disponíveis na sua rede de relacionamentos; ao mesmo tempo em que provoca neles o cuidado consigo. Mahfoud e outros autores (2012) complementam, dizendo que esse serviço abre espaço para que os alunos busquem ajuda no momento que fizer mais sentido para eles, para falar do modo que achem mais confortável, sempre de forma livre e espontânea.

Então, diferentemente da intervenção psicossociológica tradicional – onde o trabalho do psicólogo se desenvolve a partir de uma leitura diagnóstica da escola (NEIVA et al., 2010) – e distinta da proposta clínica-curativista, cujo foco está em favorecer a superação de dificuldades localizadas no desenvolvimento e saúde mental do aluno; a proposta do Plantão Psicológico requer uma abertura ao inesperado, a disponibilidade de tempo e escuta a fim de acompanhar um processo sem nenhum planejamento prévio, principalmente quando se acrescenta a vinculação institucional a ser delineada ao longo do processo.

Conseqüentemente, o psicólogo escolar/ educacional irá observar atentamente para que possa conhecer as diferentes demandas que serão trazidas por distintos sujeitos e ouvir profundamente, visando facilitar a expressão do que é mais significativo dentro do que será trazido pelos sujeitos, estando realmente disponível e atento à mobilização que poderá nascer daí (MAHFOUD et al., 2012).

Além disso, ainda dentro dessa escuta que poderá ser ofertada aos indivíduos que praticam a Automutilação, o psicólogo escolar/ educacional poderá fazer uso do Aconselhamento Psicológico, que consiste numa relação face a face de duas pessoas, na qual uma delas recebe auxílio para resolver dificuldades, que podem ser de ordem: educacional, profissional, vital etc., e empregar melhor os seus recursos pessoais; também poderá, caso haja necessidade, fazer a indicação para que esses indivíduos procurem fazer uma psicoterapia ou buscarem outro serviço da Psicologia, como, por exemplo, o trabalho com grupos terapêuticos e operativos; Plantão Psicológico e/ou uma Avaliação Psicológica/ Psicodiagnóstico (SCHEEFFER, 1976; SCHEEFFER, 1983; MAY, 2014).

Portanto, apesar de não haver na literatura nenhuma pesquisa específica, abordando a atuação do psicólogo escolar/ educacional diante da problemática da Automutilação, é possível perceber que existem várias formas pelas quais esse profissional poderá ofertar auxílio aos indivíduos que praticam esse comportamento. Também, faz-se necessário o investimento em pesquisas sobre essa temática, a fim de que seja preenchida a lacuna existente e também fomentar o investimento em

políticas públicas específicas de prevenção e promoção de saúde para esse público, frente a crescente incidência da Automutilação na atualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a prática da Automutilação se mostra um relevante problema que demanda da atenção de educadores e psicólogos, requerendo uma visão holística dessa questão, contemplando não apenas as variações dessa prática e suas motivações, mas também as suas diferentes idealizações subjetivas por parte dos jovens, das influências psicossociais que a permeiam, bem como teorias como a teoria da identidade, do psicanalista Erik Erikson, que desnuda e explica a fase da adolescência no que tange ao seu universo subjetivo, suas peculiaridades e seus conflitos.

Logo, além de ainda não haver muitas pesquisas sobre a Automutilação, e serem inexistentes textos científicos articulando essa temática com a Psicologia Escolar/Educacional, esta área pode contribuir de várias formas para lidar com essa problemática, tanto com pesquisas – na medida em que se depara com diversas experiências em seu campo de trabalho, ao ter contato direto com jovens que se automutilam – bem como realizando intervenções de prevenção e promoção de saúde junto a esses sujeitos no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

- ADAMO, F.A. Posição depressiva; do sentir ao sofrer. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E. V.; LEAL, M.M. **Adolescência: prevenção e riso**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p.73-79.
- BERNARDES, S.M. **Tornar-se (in) visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam**. 2015. 123f. (Mestrado em Saúde Mental) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/135810>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 14.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- CARDOSO, C.P.S. **Adolescência na voz de adolescentes: bem estar e comportamentos autodestrutivos, um estudo exploratório**. 2011. 55f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <repositorio.ul.pt/handle/>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- DAVIDOFF, L.L. **Introdução à psicologia**. 3.ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001. p. 464-465.

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. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/dinamarco.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

DUQUE, A.F.; NEVES, P.G. Automutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.5, n.2, Caxias/Portugal, 2004. p.215-227. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a06.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

FROTA, A.M.M.C.; MORATO, H.T.P. Uma compreensão fenomenológica na adolescência a partir de narrativas: Winnicott e a reinstalação do si-mesmo. In: GARRETO, A.K.P. **O Desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação**. 2015. 223f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06082015-124601>. Acesso em: 15 nov. 2016.

GASPAR, K.C.; LATERZA, I.D.O. O enlace da adolescência à (con) vivência do câncer: sonorizações da dor. In: ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). **A Psicossomática e a psicologia da dor**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012. p.61-70.

GIUSTI, J.S. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2013. 184f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/pt-br.php>. Acesso em: 14 nov. 2016.

HALL, C.S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J.B. **Teorias da personalidade**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p.173-174.

MAHFOUD, M.I. Plantão psicológico na escola: uma experiência. In: MAHFOUD, M. *et al.* (Org.). **Plantão psicológico: novos horizontes**. 2.ed. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2012. p. 45-64.

MAHFOUD, M.I. *et al.* Plantão psicológico na escola: presença que mobiliza. In: MAHFOUD, M.I. *et al.* (Org.). **Plantão psicológico: novos horizontes**. 2.ed. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2012. p.65-96.

MARTINEZ, A.M. Psicologia escolar e educacional: compromissos com a educação brasileira. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e**

Educacional (ABRAPE), Brasília-DF, v.12, n.1, p.169-177, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/v13n1/v13n1a20.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MARTINS, J.B. A atuação do psicólogo escolar: multirreferencialidade, implicação e escuta clínica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n.2, p.39-45, set. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MATHEUS, A.T.; EISENSTEIN, E. **Fala sério! Perguntas e respostas sobre adolescência e saúde**. Rio de Janeiro: Viera & Lent, 2006. p.17-18.

MAY, R. **A Arte do aconselhamento psicológico**. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MESQUITA, C. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v.3, n.7, p.97-109, jul, 2011. Disponível em: <[repositorium.sdum.uminho.pt.CIPsiArtigosPapers](http://repositorium.sdum.uminho.pt/CIPsiArtigosPapers)>. Acesso em: 25 nov. 2016.

MORATO, H.T.P. *et al.* **Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p.298-301.

NEIVA K.M.C. *et al.* **Intervenção psicossocial: aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas**. São Paulo: Vetor, 2010. p.13-24.

NUNES, C.P.S. **Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência**. 2012. 169f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade dos Açores, Ponta Delgada, 2012. Disponível em: <<https://repositorio/DissertMestradoNunes2013.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

OAKLAND, T. Prefácio. In: WECHSLER, S.M. (Org.). **Psicologia escolar: pesquisa formação e prática**. 4.ed. Rev. e amp. Campinas-SP: Alínea, 2011.

RODRIGUEZ, C.F. **Falando de morte na escola: o que os educadores têm a dizer?** 2010. 341f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/472207201083>. Acesso em: 25 nov. 2016.

ROSA, N.B K. O Uso da internet como espaço terapêutico. **Cadernos de Aplicação**, Porto Alegre-RS, v.24, n.2, p.131-143, dez. 2011. Disponível em: <seer.ufrgs.br/CadernosdoAplicacao/article/view/34795>. Acesso em: 25 nov. 2016.

SCHEEFFER, R. **Teorias de aconselhamento**. São Paulo: Atlas, 1976. p.58-82.

SCHEEFFER, R. **Aconselhamento psicológico**: teoria e prática. 7.ed. São Paulo: Atlas, 1983. p.9-21.

SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E. **Teorias da personalidade**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p.180-204.

SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E. **Teorias da personalidade**. 3.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015. p.178-179.

SILVA, E.P.Q.; SANTOS, S.P. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do GPECS: problematizando corpos, gêneros, sexualidade e educação escolar. **Revista Educação e Políticas em Debate**, Uberlândia, v.4, n.2, p.1-16, 2016. Disponível em: <www.seer.ufu.br/index/revistaeducaopoliticas>. Acesso em: 25 nov. 2016.

VAN DE GRAAFF, K.M. **Anatomia humana**. 6.ed. São Paulo: Manole, 2003. p.778-779.

VILHENA, M.; PRADO, Y.Z.C. Dor angústia e automutilação em jovens- considerações psicanalíticas. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro-RJ, v.12, n.2, p. 94- 98, jun. 2015. Disponível em: <www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

WEITEN. W. **Introdução à psicologia**: temas e variações. 7.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p.319-321.

Data do recebimento: 10 de janeiro de 2018

Data da avaliação: 20 de fevereiro de 2018

Data de aceite: 19 de março de 2018

1 Acadêmico do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL. E-mail: rodrigoalmeida1122@hotmail.com;

2 Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL. E-mail: soniacrispim1122@gmail.com

3 Acadêmico do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL. E-mail: dion_literarura@hotmail.com

4 Mestre em Linguística pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL; Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit/AL. E-mail: sandra.lamenha@gmail.com