



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI
MESTRADO EM PSICOLOGIA

A MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DA AUTOLESÃO

BEATRIZ CORRÊA DA SILVA GOMES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do título de mestre em psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Canavêz

Coorientador: Prof Dr Pedro Moacyr Chagas
Brandão Junior

Seropédica

2019

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G633m Gomes, Beatriz Corrêa da Silva, 1994-
 A medicalização a partir da autolesão / Beatriz Corrêa da
 Silva Gomes. - Engenheiro Paulo de Frontin, 2019.
 89 f.
 Orientadora: Fernanda Canavêz.
 Coorientador: Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior.
 Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal
 Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-graduação em Psicologia,
 2019.

 1. Medicalização. 2. Autolesão. 3. Psicologia. 4.
 Contemporaneidade. I. Canavêz, Fernanda, 1982-, orient. II.
 Brandão Junior, Pedro Moacyr Chagas, 1979, coorient. III
 Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Curso de Pós-
 graduação em Psicologia. IV. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI**

BEATRIZ CORRÊA DA SILVA GOMES

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Fernanda Canavêz de Magalhães (orientadora - UFRRJ)
Doutorado em Teoria Psicanalítica – UFRJ

Prof^a Dr^a Katia Faria de Aguiar
Doutorado em Psicologia Social – PUC/SP

Prof^a Dr^a Lilian Miranda
Doutorado em Saúde Coletiva – ENSP/ FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu a vida e um propósito.

Ao meu marido, Renan, que sempre me incentivou e me apoiou em todos os momentos. E por tantas vezes acreditar em mim quando nem eu mesma conseguia acreditar.

Aos meus pais por investirem em mim e me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos, mesmo que estes não fossem como os seus.

À minha irmã por entender minhas ausências e sempre me acolher quando precisei.

Ao meu sobrinho, Théó, que a cada sorriso renova as minhas forças.

À Fernanda, minha orientadora e professora, que desde o período da graduação me acolheu, provocou e incentivou. Obrigada pela paciência na construção deste trabalho e por me ensinar a criticar e a resistir em tempos de retrocessos tão tortuosos.

Ao Pedro, meu coorientador, que me aproximou do tema da autolesão e que também me auxiliou na construção deste trabalho.

Agradeço às professoras convidadas Kátia Aguiar e Lilian Miranda, pela generosidade e implicação empreendida na qualificação deste projeto. Foi uma honra e um motivo de muita felicidade tê-las na banca.

Aos amigos e familiares que estiveram presentes de forma direta e indireta nesta dissertação, como Yasmin, Maíra, Mariana e Rosane. A compreensão pelos meus momentos de ausência e o apoio foram imprescindíveis para a realização desse trabalho.

O caminho para a realização desse mestrado foi árduo e muitas pessoas especiais influenciaram direta ou indiretamente nele. Agradeço a todas elas por participarem desse processo que foi de grande transformação e mudanças, no qual pretendo seguir dando continuidade ao sonho e desejo que é trilhar o caminho da docência e da pesquisa.

RESUMO

Este trabalho parte da prática de autolesão como operador conceitual para problematizar a medicalização na contemporaneidade. A medicalização é tomada segundo o reducionismo de práticas multifacetadas a uma relação de causa e efeito que envolve apenas o médico-biológico e que tem como resultado a patologização de condutas desviantes. Um desses comportamentos desviantes pode ser ilustrado pela prática de autolesão, caracterizada por cortes, lesões ou queimaduras pelo corpo, realizados pelo próprio sujeito sem intenção de suicídio. A presente dissertação busca investigar as eventuais descontinuidades do corpo da modernidade à contemporaneidade, situar a questão da medicalização a partir da prática de autolesão e problematizar a concepção medicalizante a respeito do tema. Para a consecução desse objetivo, utiliza a revisão bibliográfica do tipo narrativa a fim de refletir sobre as eventuais descontinuidades do corpo da modernidade à contemporaneidade. Aplica também o método netnográfico, ramo da etnografia, para levantamento de relatos de autolesão em redes sociais. Sustenta-se que, na contemporaneidade, ganha ainda mais força a percepção da autolesão como prática desviante, pois o corpo é considerado como bem supremo e, como tal, deve ser protegido. Em contraponto à lógica medicalizante, esta pesquisa buscou lançar luz sobre a complexidade do fenômeno da autolesão, ressaltando a importância de considerar a singularidade do sujeito que realiza a prática.

Palavras-chave: Medicalização; Autolesão; Psicologia; Contemporaneidade.

ABSTRACT

This work starts from the practice of self-injury as a conceptual operator to problematize medicalization in the contemporary world. Medicalization is based on a simplistic logic that reduces a multifaceted set of practices to a cause-and-effect relationship that involves only the medical-biological and which results in the pathologization of deviant conducts. One of these deviant behaviors can be illustrated by the practice of self-injury, which is characterized by cuts, injuries or burns by the body, performed by the subject without suicide intention. The present dissertation seeks to investigate the possible discontinuities of the body from modernity to contemporaneity, to situate the issue of medicalization based on self-injury and to problematize the medicalizing conception of the practice of self-injury. In order to achieve this goal, it uses the bibliographical revision of the narrative type to reflect on the conception of body in the contemporaneity and the netnographic method, branch of ethnography, to survey reports of self-harm in social networks. It is maintained that, in the present time, self-harm has come to be seen as deviant practice, since the body is considered as supreme good and, as such, must be protected. In counterpoint to the medicalizing logic, this research emphasized the importance of privileging the singularity of the discourse of the one who experiences the practice of self-injury, especially in what justifies such practice.

Keywords: Medicalization; Self-injury; Psychology; Contemporaneity.

LISTA DE SIGLAS

CAPSI-	Centros de Atenção Psicossocial Infatojuvenis
CARIM-	Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e Mocidade
CVV-	Centro de Valorização da Vida
DSM-	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
FDA-	<i>Food and Drug Administration</i>
IHRA-	Associação Internacional de Redução de Danos
OMS-	Organização Mundial de Saúde
TAG-	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC-	Trabalho de Conclusão de Curso
TDM-	Transtorno Depressivo Maior

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I. DE QUE CORPO SE TRATA?	16
1.1 O corpo na modernidade	16
1.2 O corpo na contemporaneidade	24
CAPÍTULO II. MEDICALIZAÇÃO E AUTOLESÃO	39
2.1 Autolesão: tateando o campo	39
2.2 Relatos sobre a autolesão em redes sociais	50
2.3 Questões contemporâneas sobre a medicalização da autolesão	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS	85
A- Tabela com relatos de autolesão.....	85
B- Captura de tela mensagem <i>Facebook</i>	88
C- Captura de tela mensagem <i>Instagram</i>	89

INTRODUÇÃO

Esta dissertação insere-se no quadro da pesquisa intitulada *O corpo na contemporaneidade: perspectivas psicanalíticas sobre a prática de autolesão em adolescentes*¹. O presente estudo tomará a prática de autolesão como operador conceitual para problematização da medicalização na contemporaneidade. Assim, busca circunscrever a autolesão na cultura contemporânea, com vistas a extrapolar sua perspectiva individualizada, tomando-a como uma prática historicamente situada que é marcada pela influência de eventos sociais, políticos e culturais.

A medicalização é entendida neste estudo como a ampliação do saber médico para diversas esferas da vida cotidiana (Conrad, 1992). Isso significa que um fenômeno composto por fatores sociais, culturais, psicológicos, dentre outros, passa a ser visto como determinado unicamente pelo viés biomédico em que apenas o organismo e o fator biológico são considerados. O uso excessivo de medicamentos também tem sido citado por autores como um dos aspectos marcantes da medicalização (Guarido, 2015; Decotelli, Bohre & Bicalho, 2013; Kamers, 2013), embora não sejam fenômenos coincidentes.

Em adição à perspectiva de Conrad, Lemos (2014) circunscreve a medicalização a uma lógica simplista que reduz um conjunto de práticas sociais, culturais, históricas, econômicas, subjetivas e políticas a uma relação de causa e efeito envolvendo apenas o médico-biológico resultando na patologização de condutas desviantes. Em perspectiva consoante, Velho (1999) afirma que o desviante é apontado como anormal, pois destoa do grupo e se afasta do comportamento tido como hegemônico. Um desses comportamentos desviantes pode ser ilustrado pela prática de autolesão, caracterizada por cortes, lesões ou

¹ Trata-se de projeto desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRRJ, sob coordenação da Profa Dra Fernanda Canavêz e colaboração do Prof. Dr Pedro Moacyr.

queimaduras pelo corpo, realizados pelo próprio sujeito sem intenção de suicídio (Nock & Favazza, 2009).

De acordo com Arcoverde (2013), a prática de ferir o próprio corpo é considerada por diversas disciplinas como parte de uma cultura, religião ou da estética. Nesses contextos, a prática de autolesão é considerada aceitável e inteligível. Entretanto, na cultura contemporânea, como poderá ser visto de forma mais detalhada posteriormente, o corpo é considerado um bem supremo (Birman, 2012) e, como tal, deve ser protegido a qualquer custo. Sendo assim, qualquer ato que se oponha ao bem-estar do corpo é considerado incompreensível e inaceitável. Nesse sentido, a prática de autolesão na sociedade contemporânea significaria subverter a regra, desviar.

A escolha do tema foi motivada pelo interesse que surgiu ainda à época da graduação em Psicologia durante a minha participação no projeto de pesquisa de Iniciação Científica, coordenado pela Profa Dra Fernanda Canavêz, e intitulado *O fenômeno do bullying a partir de narrativas de profissionais da Educação Básica*. Nesse projeto quatro eixos temáticos foram analisados, sendo eles: a pretensa crise da autoridade docente, a judicialização da vida, o apelo aos especialistas e a medicalização da vida. As leituras e debates teóricos proporcionados pelo projeto de pesquisa fizeram-me perceber como a ampliação do saber biomédico para a esfera da vida cotidiana é sutil e muitas vezes reforçada por serviços de Saúde e pelo sistema educacional.

A partir da percepção da importância de um posicionamento crítico por parte da Psicologia acerca da medicalização surgiu o interesse pelo tema. Tal interesse motivou a escolha por realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre a temática. O TCC foi então intitulado *A Medicalização da infância na Educação* (2017), que consistiu em um

levantamento bibliográfico com o intuito de investigar como foi construída a noção de uma infância medicalizada e refletir sobre a convocação que a escola faz à Psicologia.

Após finalizar a graduação, iniciei o curso de especialização em Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência ofertado pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Nesse curso, havia uma parte prática que era realizada no CAPSi CARIM, onde pude efetuar portas de entrada e atendimento em Saúde Mental a Crianças e Adolescentes. O CARIM é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico que funciona com portas abertas de segunda a sexta-feira na parte da manhã e da tarde. Um dos casos que acompanhei durante a atuação no serviço foi de um menino de doze anos que se autolesionava. Esse caso trouxe diversos impasses que aguçaram meu interesse em estudar a prática de autolesão, tais como: desconhecimento do início da prática por parte dos responsáveis - sendo uma professora da escola a primeira a descobrir sobre a autolesão - e a posição dos educadores em acionar imediatamente o Conselho Tutelar ao constatar a prática.

Para a confecção da monografia da especialização decidi prosseguir com o tema da medicalização, mas dessa vez a partir da interface entre a Saúde Mental de crianças e adolescentes e a Educação. A monografia foi intitulada *Medicalização da infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi* (2018). O objetivo, de forma geral, foi analisar como a queixa escolar é acolhida e entendida em um CAPSi do Rio de Janeiro. O objetivo específico foi traçar um perfil dos usuários atendidos no CAPSi pesquisado, com destaque para os que possuem queixa escolar. Além disso, compreender qual a perspectiva de profissionais da Saúde Mental sobre a queixa escolar encaminhada para o CAPSi em questão e analisar a articulação entre o CAPSi e a escola. Durante o levantamento da porta de entrada, com vistas a traçar o perfil dos usuários, foi possível constatar alguns casos de autolesão em

crianças e adolescentes. Esses dados não foram analisados na ocasião, entretanto, parecem indicar um número significativo desse tipo de demanda encaminhada para o serviço de Saúde Mental.

A justificativa pela escolha desse tema, qual seja, a medicalização a partir da autolesão, baseia-se inicialmente na constatação do aumento no número de casos de sujeitos que lesionam o próprio corpo, principalmente através de cortes (Brandão Junior & Canavêz, 2018; Giusti, 2013). Além disso, esse estudo se faz relevante devido à escassa literatura brasileira sobre a temática, muitas vezes sendo necessário recorrer a estudos americanos (Giusti, 2013) e também pela observação de pesquisas que justificam a autolesão de maneira a reduzir sua complexidade, ótica fundamentada na perspectiva medicalizante.

Com o intuito de contextualizar a abordagem do assunto no discurso midiático, foi realizada uma rápida busca eletrônica no *Google*² a partir das palavras-chave: autolesão, automutilação e escola. Foram encontradas ao todo 3.316 reportagens com a combinação das palavras-chave citadas anteriormente no período de 2012 a 2017. Em grande parte das notícias, aparece um “especialista”, normalmente psicóloga ou psiquiatra, falando da autolesão ou dando sugestões sobre como lidar com a prática (O melhor do sul de minas, 2017; Nova escola, 2017; Terra, 2014; R7, 2012). Há também as que falam da necessidade da implementação de programas de prevenção e intervenção nas escolas primando pela saúde mental de alunos (Observador, 2017) e as que sustentam que a ausência de profissional de Psicologia na rede de ensino agrava casos de autolesão (Diário Catarinense, 2016).

Simeon e Favazza (2001) afirmam que apesar da crescente discussão sobre a autolesão na literatura norte-americana pouco se sabe acerca da etiologia, do curso e do diagnóstico. No que se refere ao contexto brasileiro, as bibliografias sobre o tema da autolesão ainda são

² Busca realizada em 06 de Setembro de 2017.

escassas e as poucas que existem são baseadas em estudos estrangeiros, principalmente norte-americanos (Giusti, 2013). Além disso, Giusti (2013) aponta que não há consenso sobre a definição de autolesão e nem mesmo se a prática deveria ser assim nomeada, o que gera como consequência divergências sobre sua prevalência na população. Em alguns momentos o comportamento de se ferir é denominado como autolesão (Simoni, 2017; Silva & Siqueira, 2017), enquanto em outros aparece como automutilação (Ferreira, 2016; Oliveira, 2016; Giusti, 2013).

O termo utilizado para nomear a prática de ferir o próprio corpo na literatura americana é *self-injury*, traduzido por muitos no Brasil como automutilação. Entretanto, essa tradução se modificou no ano de 2013 com a publicação da quinta versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) onde a prática foi chamada de autolesão não suicida (Brandão Junior & Canavêz, 2018). Apesar disso, ainda há divergências quanto à relação entre a prática e a ideação suicida (Macedo, Rosa & Silva, 2011; Barbosa, 2017; Silva & Siqueira, 2017).

Os estudos de Winchel e Stanley (1991), Giusti (2013) e Asberg e colaboradores (1976), que serão vistos detalhadamente ao longo do texto, ilustram a lógica medicalizante ao relacionarem a ocorrência de comportamentos autolesivos unicamente a alterações nos neurotransmissores. É esse contexto de explicações biológicas e reducionistas que enfatiza a necessidade de um posicionamento crítico frente à medicalização do sofrimento psíquico, em especial por parte da Psicologia.

A presente dissertação, então, busca situar a questão da medicalização a partir da autolesão, problematizar a concepção medicalizante a respeito da prática e investigar as eventuais discontinuidades do corpo da modernidade à contemporaneidade. Para elaboração desta dissertação, inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. A

revisão narrativa consiste em um levantamento de informações de forma ampliada com o intuito de descrever e discutir um determinado assunto sem que seja necessária a descrição sistematizada das fontes de informações e metodologias utilizadas para obtê-las (Rother, 2007).

Além disso, foi realizado um levantamento de narrativas sobre a autolesão nas redes sociais. Para a seleção das postagens efetuou-se uma pesquisa no *website* de buscas *Google* a partir das palavras-chave: “*blog*”, “*automutilação*” e “*autolesão*”. Também foi realizada uma busca nas bases do *Facebook* utilizando as palavras-chave: “*autolesão*”, “*automutilação*” e “*se cortar*”. De todos os dados obtidos, duas comunidades e dois *blogs* foram selecionados. Adotou-se como critério de exclusão páginas que não possuíam atualizações ou interações há mais de um ano ou com pouca quantidade de postagens. Também foram excluídas comunidades em que era necessário solicitar a participação no grupo. Adotou-se como método a netnografia, ramo da etnografia que, de acordo com Kozinets (2014), consiste em observar o comportamento e relatos de pessoas e grupos em ambientes virtuais para a compreensão de um fenômeno. A netnografia apresenta como principal vantagem a economia de tempo e é menos invasiva porque não requer contato direto com os pesquisados.

Durante a pesquisa realizada nos ambientes virtuais, os pesquisadores se colocam como observadores silenciosos (Fragoso, Recuero & Amaral, 2011). Isso implica que um grupo social seja observado buscando-se interferir o mínimo possível sobre o fenômeno. Vale ressaltar que todos os relatos utilizados foram obtidos em *blogs* públicos e páginas abertas do *Facebook* e os nomes dos sujeitos foram omitidos.

Este trabalho se apresenta da seguinte forma: o primeiro capítulo objetiva apresentar as concepções de corpo na modernidade e na contemporaneidade. A apreensão do corpo na modernidade possibilita fundamentar o percurso histórico para que práticas que lesionem o

corpo passem a ser consideradas como desviantes na atualidade, sendo o corpo visto como um bem supremo. A modernidade foi marcada pela introspecção dos sujeitos proporcionada pelos ambientes íntimos e escritas íntimas. Em contraposição às escritas íntimas modernas, na contemporaneidade certa exteriorização da subjetividade parece ganhar pregnância, o que será ilustrado através de relatos pessoais em redes sociais compartilhados por inúmeros sujeitos.

O segundo capítulo aborda a relação entre medicalização e autolesão. Inicialmente traz a caracterização da prática da autolesão, sua classificação segundo a abordagem médica e levanta alguns estudos sobre a ocorrência dessa prática na atualidade. Na expectativa de contrastar a perspectiva biologicista, foram levantados relatos de redes sociais que revelam a complexidade e diversidade de causas que podem contribuir para o início da prática, como eventos estressores e solidão/abandono. Em seguida problematiza a medicalização da autolesão a partir da visada reducionista que baseia sua ocorrência apenas em alterações orgânicas. Dessa forma, o sofrimento é reduzido à dor que necessita unicamente de intervenções biológica como o uso de psicofármacos.

CAPÍTULO I: De que corpo se trata?

1.1. O corpo na modernidade

Para melhor compreender a concepção das marcações corporais na contemporaneidade, dentre as quais a autolesão, é preciso investigar a mudança na apreensão do corpo na passagem da modernidade para a contemporaneidade. Entretanto, antes mesmo disso, é necessário definir o que está sendo chamado aqui de modernidade. Segundo Birman (2006), a modernidade foi o período em que houve mudanças consideráveis nas sociedades tradicionais, como a Revolução Francesa, liberalismo econômico, surgimento da noção de família nuclear e o início da preocupação com a infância.

A autolesão, foco da presente dissertação, é realizada principalmente por sujeitos no período da adolescência e final da infância (Giusti, 2013). Por isso, parece importante refletir sobre como o corpo destes eram apreendidos na modernidade. De acordo com a perspectiva doravante empregada, tanto a infância como a adolescência são categorias construídas historicamente. Para Ariés (1978), somente após a invenção moderna de infância, no século XIX, foi possível o surgimento da adolescência. A invenção da representação moderna de infância³, por exemplo, surgiu através da preocupação com desenvolvimento das crianças com o objetivo de se tornarem adultos ideais. Luengo (2010) afirma que até o século XVI não existia a noção de infância tal como a conhecemos hoje, de modo que a criança era vista como adulto em miniatura. Apenas a partir dos séculos XVII e XVIII, durante o chamado período das luzes, houve uma mudança na visão que se tinha da criança e a criação da noção moderna

³ De acordo com Castro (2002), na infância moderna a criança é vista como um ser inocente, frágil, imaturo e dependente. Essa visão moderna sobre a infância alavancou as práticas de proteção e controle por parte da família e do Estado. Vale ressaltar que, para a autora, a visão universalizada de infância é uma ficção, já que a noção de infância e os valores a ela atribuídos podem se modificar de acordo com a sociedade e período histórico.

de infância. Diante desse momento histórico, os adultos passaram a dar maior importância para o desenvolvimento das crianças e perceberam a necessidade de criar um local que separasse o mundo infantil do mundo adulto e que também alfabetizasse as crianças, tendo surgido a necessidade da existência de escolas (Luengo, 2010). Na modernidade, a concepção de infância não se referia somente a um período da vida, mas a uma fase de preparação de sujeitos que fossem capazes de trabalhar, considerados saudáveis e aptos a participar da vida social. Dessa forma, a infância era uma fase que deveria ser cuidada, assistida, tutelada (Guarido, 2015).

Segundo Luengo (2010), as ações preventivas e educativas dirigidas às crianças tinham como objetivo a criação de um adulto melhor e mais saudável. Nesse momento a criança passa a ser:

objeto de manipulação da ciência e o seu corpo torna-se alvo de mais um mecanismo de poder. A escola passou a ser vista como o meio e a criança como o fim dos alvos das ações de prevenção e saneamento, e educação e saúde se uniram para normalizá-la (Luengo, 2010, p. 39).

Essas ações podem ser inseridas no contexto mais geral do tratamento dispensado ao corpo, designadas por Foucault de práticas disciplinares. Segundo o autor, (Foucault, 2009) a partir do século XVII houve a produção de um tipo específico de corpo, a saber, um corpo dócil. O autor anuncia as paulatinas alterações sociais e políticas que permitiram a constituição dessa docilidade, a exemplo dos processos ritualísticos pelo qual os condenados passavam durante a execução da pena à época dos suplícios. O corpo era, nesse contexto, objeto de manifestação da represália do soberano e de manifestação do poder. O suplício entrou em declínio porque a população se revoltou e passou a considerá-lo como manifestação da vingança e tirania do soberano.

Para se resguardar do duplo perigo do excesso no exercício do poder - a tirania e, em contraposição a ela, a revolta - a justiça criminal necessitou ser reformada e teve seu poder remanejado para punir ao invés de se vingar. Essa mudança teve como finalidade “tornar a punição mais eficaz, mais regular e melhor detalhada quanto aos seus efeitos. Enfim, um poder que se exerça aumentando seus efeitos e que diminua seu custo econômico” (Medeiros, 2004, p.1). Chega-se, assim, à produção de um corpo útil. No intuito de alcançar tal utilidade as penas abarcavam trabalhos forçados em obras públicas. Esse tipo de pena teve pequena duração e logo deu lugar ao encarceramento, considerado sistema de autoridade e de saber. O encarceramento permitia a obtenção de um saber sobre o prisioneiro, que passou a ter seus comportamentos observados.

De acordo com Foucault (2009), na época clássica, ocorrida aproximadamente do século VIII a.C. ao século V d.C., o corpo passou a ser objeto e alvo do poder. Segundo o autor, o livro *O Homem-máquina* de La Mettrie foi escrito em dois registros: no anátomo-metafísico, em que haveria uma redução materialista da alma, e no registro técnico-político que consistiria em uma teoria geral do adestramento. No centro desses dois registros estaria a referida noção de docilidade “que une ao corpo analisável o corpo manipulável” (Foucault, 2009, p. 132). Dessa forma, esse período foi marcado pela concepção de corpo como entidade capaz de ser manipulada e treinada.

Conforme exposto por Foucault (2009), o corpo foi alvo de diferentes investimentos ao longo da história. Porém, a modernidade trouxe novas técnicas, como a escala de controle que objetiva trabalhar o corpo detalhadamente e mantê-lo ao nível da mecânica. Outro objeto de controle foi a economia e eficácia dos movimentos em que eram analisadas minuciosamente o tempo, o espaço e o movimento, que foi denominado de disciplina. A finalidade das práticas disciplinares consistia na criação de corpos economicamente úteis e

politicamente dóceis. Nas palavras do autor: “forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos” (Foucault 2009, p. 133).

A partir da Revolução Industrial, segundo Barbosa, Matos e Costa (2011), o trabalho nas fábricas foi reduzido a apenas uma ação fisiológica desprovida de criatividade a partir da instauração do trabalho em série. De acordo com essa lógica de produção, o corpo era oprimido e manipulado e considerado como máquina de acúmulo de capital. Os movimentos corporais eram, nesse contexto, alvo do poder disciplinar.

Na disciplina há o culto ao detalhe, nada pode passar despercebido e a indiferença ao detalhe chega a ser considerada perigosa. O olhar minucioso pelo detalhe não se limitava às oficinas, mas também abarcava escolas, quartéis e hospitais. Nas escolas, os alunos eram ordenados em filas que, além de organizar o espaço, demarcavam hierarquias de saber e capacidades (Foucault, 2009). Essa disposição permitiu que o professor observasse cada um de maneira particular e também coletivamente. O espaço escolar se tornou, análogo ao trabalho em série nas fábricas, uma máquina de ensinar que buscava vigiar, hierarquizar e recompensar.

Assim, a distribuição espacial de cada aluno deveria estar de acordo com o nível de avanço no conhecimento, o valor de cada um, bom ou mau temperamento, limpeza e higiene e segundo a fortuna de seus pais (Foucault, 2009). É possível perceber que, além de organizar o espaço, a distribuição em filas também funcionava como forma de marginalizar aqueles que desviavam do padrão de conduta esperado. Segundo Bauman (1991), a modernidade buscou a nítida separação das coisas, a pureza e a exclusão de valores opostos. Nas palavras do autor “o horror à mistura reflete a obsessão pela separação [...] A referência central tanto do intelecto moderno quanto da prática moderna é a oposição – mais precisamente a dicotomia” (Bauman,

1991, p.14). É esse o contexto em que a disciplina e o controle corporal se tornaram preceitos básicos em que cada atividade era analisada a partir de um sistema de regras rígidas.

Nesse mesmo caminho, Coelho e Severiano (2007) analisaram as formas de controle do corpo pelos dispositivos capitalistas das sociedades ocidentais e suas instituições reguladoras. Segundo os autores, a modernidade traz consigo uma nova concepção de corpo, que difere da perspectiva teocêntrica presente no mundo pré-moderno, na qual o corpo humano era entendido como advindo do barro e criado pelo próprio Deus. Na perspectiva da medicina moderna, o corpo era visto apenas como um aglomerado de órgãos que poderia ser vendido como mercadoria e força de trabalho ao dono da fábrica que, em troca, dava dinheiro para que o trabalhador mantivesse suas engrenagens corpóreas funcionando.

O corpo seria um aglomerado de órgãos com estruturas e funções específicas e interdependentes. Essa concepção dessacraliza o corpo e é alavancada pela obra de Descartes no século XVII. Descartes (1637/2000) difere substância pensante (a mente, o espírito) de substância extensa (matéria). Segundo Llosa (2013), a modernidade é marcada pela valorização da inteligência e do intelecto às expensas do corpo. Assim, o corpo e a mente estariam divididos, o corpo seria controlável, manipulável, cedendo espaço para a ênfase na mente e na racionalização. Birman (2012) assevera que o pensamento, nesse período, ocupava lugar fundamental para a condição humana e teve sua posição baseada na tradição cartesiana.

O corpo seria a substância extensa, parte menos importante que funcionaria como acessório da mente e que equivaleria à uma máquina semelhante ao corpo do animal. Essa situação foi exacerbada com o advento da Revolução Industrial, em 1750, que fez com que o corpo fosse visto cada vez mais como uma engrenagem industrial capitalista. O objetivo, como antecipado por Foucault, é que o funcionamento corporal se aproxime de um padrão

ótimo de funcionamento, porém que seja também submisso politicamente e obedeça às normas sociais, como as de higiene e decoro.

Para se certificar de que esse corpo alcançasse o ideal de comportamento estabelecido, segundo Coelho e Severiano (2007), o campo científico se encarregou de analisá-lo e classificá-lo. Daí surge a necessidade de “especialistas, técnicos autorizados e legitimados a falar em seu nome” (Coelho e Severiano, 2007, p. 88) e que atuem sobre o corpo para que ele se encaixe nas normas e formas estabelecidas. Aos desviantes é reservada uma extensa variedade de rótulos e diagnósticos científicos. De acordo com os autores, a norma disciplinar produz identidades e busca moldar subjetividades ao padrão ideal de sujeito. No século XVIII, surge o biopoder, nos termos de Michel Foucault (2008), como nova tecnologia de poder. Esse poder não incide apenas sobre o corpo do sujeito, mas sobre o homem-espécie, sobre os processos biológicos que geram a vida da população (Foucault, 2008). É nesse contexto que a medicina assegura sua posição de saber com legitimidade social sobre os corpos, sendo responsável por inspecionar a saúde e higiene da população.

Institui-se, no período moderno, o corpo como alvo de investimentos da medicina que se dedicava à dissecação de cadáveres e ao estudo do cérebro. Para Duarte (2010), após a Guerra da Secessão ocorrida entre 1861 e 1865, houve a ascensão de um ideal de vida mais saudável para os americanos que já viviam um contexto de sedentarismo devido à urbanização e à modernização. Esse cenário tornou-se propício para o discurso médico que incentivava intervenções corporais sob o pretexto de proteção da saúde.

Foucault, em *O nascimento da clínica* (1963), relata que foi através da dissecação dos cadáveres que houve a inserção do modelo clínico no campo dos saberes. A dissecação dos cadáveres desconstruiu a ideia religiosa, até então em voga, de que o corpo seria sagrado. A partir da religião o corpo era considerado como unificado, mas após o início da dissecação de

cadáveres essa concepção chegou ao declínio, já que o corpo foi considerado um fragmentado de órgãos e pedaços. Portanto, o final do século XVIII e início do século XIX, segundo Foucault (1963), foi marcado pelo advento da medicina moderna que inscreveu o corpo no campo da visibilidade através da dissecação de cadáveres. Dessa forma, o corpo sagrado entrou em declínio e em seu lugar surgiu um corpo-cadáver (Fortes, 2016) e é através desse corpo-cadáver que se instituiu o paradigma da saúde e doença, pois por meio dele se obteve informações sobre as doenças e suas localizações. Assim, a época moderna foi marcada pelo desencantamento do corpo, sua divisão em partes e seu assujeitamento aos cuidados da medicina, possibilitando um novo conceito de ser humano.

Essa transformação na concepção de corpo não foi exclusiva da ciência. Segundo Coli (2010), também foi possível perceber sua inserção de forma desmembrada na esfera da arte, criando a poética do fragmentado. Essa fragmentação pode ser vista, por exemplo, na obra *Les Femmes d'Alger (O Jovem Ouzo)* de Picasso, em que cinco mulheres são pintadas com os corpos deformados que podem ser vistos a partir de diversas perspectivas. Nesse mesmo sentido, há o *Retrato de Ambroise Vollard*, também de Picasso, em que o rosto de Vollard é formado por diversas partes fragmentadas. Assim, o corpo é colocado como objeto na perspectiva da fragmentação tanto para a ciência como para a arte.

De acordo com Zorzanelli e Ortega (2011), nas modernas sociedades burguesas, a criação da família nuclear trouxe consigo um lugar de proteção para seus integrantes ao oferecer o interior da casa como lugar afastado dos perigos do espaço exterior público. Os autores consideram a ascensão das camadas médias da burguesia e o aumento do consumo motivado pelo capitalismo como fatores influenciadores para a geração de novos modos de viver, dentre os quais se destaca a valorização da vida privada em detrimento da vida pública.

Em contraposição à hostilidade da vida pública, o interior do lar se transformou em um lugar capaz de nutrir a expectativa do sujeito estar mais despido dos ditames sociais, ou seja, um lugar de "autenticidade" e "verdade". Segundo Sibilía (2003), os ambientes íntimos valorizados na modernidade faziam um convite à introspecção e a momentos de solidão que permitiam aprofundar o conhecimento da vida interior. A título de exemplificação, no período em questão era marcante a escrita de si através de diários íntimos tradicionais que requeriam momentos intensos de introspecção. Ainda de acordo com a autora, a importância ofertada à escrita e à interioridade motivou a criação, inclusive, de um cômodo no interior da casa, chamado *cabinet*, específico para atividades íntimas de escrita. Além dos diários íntimos, outro tipo moderno de narrativa do eu era a escrita de cartas que teve seu apogeu no final do século XVIII, incentivado pela obra *Os sofrimentos do jovem Werther* de Goethe (1985). Por meio das escritas íntimas, os “sujeitos modernos aprenderam a modelar a própria subjetividade através desse mergulho introspectivo, dessa hermenêutica incessante de si mesmo”. (Sibilía, 2003, p.5).

A morte do espaço público na modernidade, segundo Sennett (1999), foi alavancada também devido à migração em massa do campo para a cidade. Dessa forma, a reclusão nas esferas privadas não seria apenas para expor o verdadeiro eu, mas também uma maneira de não ter tanto contato com os imigrantes, considerados como estranhos. Esse contexto possibilitou o início do processo de mistificação dos detalhes, ou seja, a crença de que detalhes, gestos e impressões seriam definidores dos próprios sujeitos. A ênfase dada ao detalhe já havia sido citada por Foucault (2009) com o objetivo de tornar o corpo manipulável e analisável. Essa importância depositada na aparência pessoal contribuiu para que o sujeito moderno optasse por evitar os ambientes públicos, locais onde ações eram analisadas e estereotipadas. As relações sociais, nesse período, se limitavam a pequenos círculos sociais

fechados e compostos apenas por sujeitos que compartilhassem de traços identitários comuns. Esse tipo de organização impactou a sociedade contemporânea da seguinte forma: os integrantes do grupo passaram a considerar os sujeitos externos e toda forma de diferença como uma ameaça e inimigo da identidade comum.

A modernidade, então, supunha um sujeito voltado para a interioridade e a intimidade. O final do século XIX e início do século XX possuía algumas referências externas relativamente estáveis, como o Estado de bem-estar social e a família. Nesse período, estava mais claro para o sujeito as crenças e instituições as quais se apoiar. Por exemplo. “sabia-se o que era ser um homem do bem, um bom cidadão, um bom marido, uma boa filha, uma família perfeita e assim por diante” (Venturi, Barbosa & Pinheiro, p. 112). Pode-se dizer que na modernidade a “receita” de como ser e o que fazer estava de certa forma delineada e divulgada para quem quisesse segui-la. Melhor dizendo, existiam padrões de conduta estabelecidos de maneira mais ou menos duráveis que orientavam a vida do sujeito.

Na contemporaneidade, como será visto de forma mais detalhada a seguir, há a desconstrução da maioria das referências estáveis, o que acaba por gerar uma nova forma de ser e de se relacionar com o corpo.

1.2 O corpo na contemporaneidade

É relevante mencionar que não há consenso entre os teóricos a respeito da delimitação cronológica da contemporaneidade, nem mesmo se esta época mereceria assim ser chamada. Segundo Birman (2006), alguns autores o consideram como um período pós-moderno, enquanto outros o consideram como um novo tempo, contemporâneo, enfatizando as discontinuidades em relação à modernidade que nos teria antecedido. Essa falta de consenso quanto à nomenclatura, segundo o autor (Birman, 2006), deve-se à existência de duas leituras

bem distintas referentes ao momento atual. Existe uma vertente que considera a atualidade como uma continuidade ou desdobramento da modernidade. Essa leitura é, em geral, destacada nas pesquisas europeias as quais afirmam um desdobramento em que ainda estariam intactos os pressupostos modernos. Birman (2006) ressalta ainda que a modernidade foi um projeto europeu, ocorrido entre o Renascimento e o Século XVII, e como tal contém a identidade europeia. Daí a resistência dos europeus em aceitar o fim da modernidade, já que esse término colocaria em xeque seus pressupostos identitários.

Em contrapartida, a segunda leitura demarca uma ruptura radical no projeto da modernidade. Essa abordagem é geralmente defendida pelos autores norte-americanos que enfatizam a ruptura radical com a modernidade e em seu lugar estaria um novo período que traz consigo a hegemonia norte-americana como modelo de cultura (Birman, 2006). No registro das ideias, isso significaria dizer que o modelo da cultura norte-americana daria início a um novo período histórico. Nesse contexto, será adotado o termo "contemporaneidade" como um recorte histórico no intuito de ressaltar as discontinuidades ocorridas em relação à modernidade.

A contemporaneidade será aqui entendida como o período que sucedeu a modernidade, guardando linhas de descontinuidade em relação à essa época. Para Canavêz (2015), o corte historiográfico que responde pela passagem da modernidade à contemporaneidade pode ser situado após o período de Guerra Fria e se estende até os dias atuais. Esse período foi marcado pelo enfraquecimento dos Estados em prol da livre circulação do capital e pelo surgimento de novas tecnologias, trazendo como consequência novas formas de se relacionar com o outro e, em última instância, novos modos de subjetivação (Canavêz, 2015).

Na contemporaneidade, as famílias nucleares burguesas, por exemplo, entraram em declínio dando lugar a famílias híbridas e temporárias. O liberalismo sofreu modificações e hoje trazem novos posicionamentos como “o declínio da intervenção do Estado de bem-estar social, cujas transformações implicaram a mercantilização dos serviços de saúde, segurança social e educação e a introdução de novas formas de gerenciamento inspiradas no setor privado” (Ortega & Zorzaneli, 2010, p. 124).

De acordo com Llosa (2013), após o período de escassez devido à Segunda Guerra Mundial, houve um grande desenvolvimento econômico. Esse crescimento, associado à liberdade de costumes e ao ócio de uma sociedade desenvolvida, criou um terreno propício para a construção de indústrias da diversão. Desse modo, não se entediar, não se entristecer ou angustiar se tornou o maior preceito da sociedade contemporânea. Não é de se estranhar, então, que até mesmo a literatura contemporânea seja marcada pela leveza, rapidez e superficialidade e que proponha, acima de tudo, divertir e distrair. A cultura atual chega a desencorajar, ainda segundo o autor, o interesse pela política e a produção de leituras que exijam do leitor grande concentração intelectual e aprofundamento. Consequentemente, é notório o afastamento do protagonismo de cientistas, compositores, filósofos e sociólogos para ceder lugar a esteticistas e *chefs* de cozinha, que protagonizam inclusive diversos programas na televisão.

Além disso, no passado, políticos buscavam ter a candidatura apoiada por cientistas e dramaturgos que eram considerados como figuras de importância e credibilidade. Já atualmente, buscam a adesão de cantores, atores e celebridades do esporte (Llosa, 2013). Algumas celebridades não apenas apoiam, mas também entraram para a política, como Arnold Schwarzenegger, Ronald Reagan nos Estados Unidos e Dr. Rey, Romário e Alexandre

Frota no Brasil. Posições que assumiram, de acordo com Llosa (2013), devido à presença midiática e aptidões histriônicas.

Llosa (2013) alerta que um dos aspectos marcantes da sociedade contemporânea é o desaparecimento da figura do intelectual. Em diferentes momentos da história da civilização ocidental, escritores, dramaturgos e demais intelectuais desempenharam papel importante na propagação de ideias e influenciaram acontecimentos políticos e sociais. Entretanto, atualmente, segundo o autor, estamos presenciando o desaparecimento desses intelectuais, pois na civilização marcada pelo espetáculo não há lugar para o pensamento, apenas para a imagem. Nas palavras de Llosa (2013, p. 41), a “cultura dominante, privilegia o engenho em vez da inteligência, o banal em vez do profundo e o frívolo em vez do sério”. Para Birman (2012), o enfraquecimento do registro do pensamento dificulta a elaboração de questões que o sujeito tem sobre si mesmo e intensifica os registros do corpo e da ação.

Recentemente, o presidente Jair Bolsonaro afirmou que Abraham Weintraub, ministro da Educação, teria o intuito de descentralizar investimentos em faculdades de Filosofia e Sociologia (G1, 2019). Essa declaração foi realizada pelo presidente através de sua conta na rede social *Twitter*. Segundo Bolsonaro, o objetivo é focar em áreas que gerem retorno imediato ao contribuinte, como Veterinária, Engenharia e Medicina. O posicionamento do presidente e do ministro da Educação podem revelar o já mencionado declínio dos intelectuais que promovem a desnaturalização, crítica e conscientização de questões sociais. Além disso, a descentralização dos investimentos em cursos de Filosofia e Sociologia também pode ser vista como uma tentativa de afastar a população de questões políticas, em uma franca tentativa de censurar o pensamento crítico e a formação social e política. Nas palavras do presidente, “Queremos uma garotada que comece a não se interessar por política, como é atualmente

dentro das escolas, mas comece a aprender coisas que possam leva-las ao espaço no futuro” (G1, 2019).

Assim como a referência da figura do intelectual, é interessante mencionar algumas outras, relativamente estáveis na modernidade, que são agora desconstruídas. Há a falência do bem-estar social e a pluralização das famílias. Venturi, Barbosa e Pinheiro (2006) trazem como exemplo dessa desconstrução a criação da pílula anticoncepcional que, aliada ao movimento feminista, trouxe uma nova dimensão para a prática sexual que vai além da reprodução. Trata-se da expectativa de desconstrução do ideal de que a mulher nasceu para ser mãe e esposa. Mudanças como essa permitiram uma nova concepção sobre o que deve ser um homem e uma mulher, se é que ainda se pode colocar nesses termos. A pretensa estabilidade moderna é, então, substituída por uma mudança frequente que faz com que o sujeito precise reconfigurar continuamente seus ideais de existência.

Ehrenberg (1998) sugere que o sujeito contemporâneo deve se atualizar o tempo todo, constituindo-se como uma escultura em movimento. Sennett (2003) acrescenta que, na contemporaneidade, tudo que era fixo e sólido passa a ter conotação negativa. Venturi, Barbosa e Pinheiro (2006) chamam atenção para o fato de que na ausência de referenciais minimamente fixos o sujeito pode se sentir à deriva. Apesar da liberdade produzida por essa condição, isso pode gerar sentimento de insegurança e vergonha. Se na modernidade, fundamentada em referenciais externos, o sujeito estava dotado de interioridade assegurada pelo corpo social, na contemporaneidade, ao contrário, é o outro quem vai ter que dizer quem o sujeito é, ou seja, só poderá se reconhecer a partir do olhar do outro.

Essa característica contemporânea se torna ainda mais evidente no período da adolescência. Segundo Melman et al. (2009), a tão falada crise da adolescência pode ser

intensificada por uma dificuldade do adulto em legitimar e criar um discurso sobre o adolescente. Segundo o autor,

Se existe uma crise da adolescência, ela se situa, em princípio, no fato de nós não sabermos o que dizer, que discurso sustentar para eles, que sabedoria temos nós para transmitir. Eu situaria, então, a questão do que se chama a crise contemporânea dos adolescentes pelo lado da crise de nosso discurso a seu respeito (Melman et al., 2009, pp. 129-130)

Monteiro (2011) acrescenta que as decisões na modernidade eram compartilhadas com a comunidade e familiares, ao passo que na contemporaneidade passam a ser tomadas de forma individualizada. Para a autora, há hoje a valorização do processo de individuação como forma de subjetivação. A individuação faz com que o sujeito seja pretensamente livre das amarras sociais como gênero, família e religião e permite maior espaço para escolhas individuais. Sob o pretexto de adquirir a liberdade das amarras sociais, cabe ao sujeito construir de forma solitária sua própria história. Assim, há um imperativo contemporâneo de que cada um é responsável por sua biografia que não deve mais ser ancorada nas tradições, mas nas prerrogativas individuais.

Duarte (2010) acrescenta que após o enfraquecimento de instituições relativamente estáveis a saída encontrada foi se ancorar em si mesmo, ou seja, encontrar na própria individualidade o que antes era fornecido pelo social. A tendência foi se apegar ao corpo que passou a ser considerado a única certeza do homem contemporâneo. Dessa forma, o corpo se tornou uma base sólida para o estabelecimento da subjetividade e para dar sentido à existência humana (Duarte, 2010). É esse o contexto em que, segundo Venturi, Barbosa e Pinheiro (2006), o “ser” passa a se confundir com o “parecer”. Por isso hoje a imagem desempenha papel primordial. Há a passagem de uma cultura com valores interiores para uma cultura do exterior, onde a subjetividade é manifestada no corpo, na pele. Nas palavras de Santos (2011,

p. 56), “o sujeito contemporâneo passou, no entanto, a ser aquilo que as marcas do seu corpo revelam”.

Esse sujeito é posto a serviço do próprio corpo, que tem a seu dispor uma gama cada vez maior de objetos e serviços produzidos pela indústria da saúde e da beleza (Coelho & Severiano, 2007). A lógica do hedonismo, segundo Coelho e Severiano (2007), é enraizada pela busca desenfreada por auto-realização e felicidade, as quais só poderão ser alcançadas através do consumo. Segundo Nascimento e Gonzales (2015, p. 47), o corpo agora é cartão de visita e “a imagem do corpo que se oferece ao olhar do outro/Outro é o que conta”. Isso pode ser ilustrado por Taylor (2018) através do documentário *Maris – cura pela ioga* em que há o relato de uma adolescente que não se sentia acolhida pela escola e tinha dificuldade de se relacionar com seus pares. Maris iniciou um quadro de Transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar e teve episódios de autolesão. Nas palavras dela, “ao controlar a comida eu sentia que podia controlar a vida” (Taylor, 2018). Esse relato evidencia uma tentativa de fugir da sensação de estar à deriva e se ancorar em si mesmo. Atualmente segundo Llosa (2013), a prática de esportes é feita em detrimento do trabalho intelectual. Dessa mesma forma, o interesse de Maris por leitura e pintura eram desvalorizados ao passo que a prática da natação e outras atividades físicas eram enaltecidas socialmente.

Esse cenário revela a valorização da imagem corporal que pode ser confirmada através de relatos retirados de um grupo do *Facebook* em que os participantes foram questionados sobre os motivos de se autolesionarem: “Por não querer que as pessoas me verem chorando, por não querer que as pessoas me julguem mais do que me julgam talvez isso faça eu muitas vezes me cortar”; “Já me cortei várias vezes, por causa da solidão por não ser levado a sério e ser humilhado em público”. Essa importância dada ao olhar do outro também foi observada

por Verztman (2014) a partir da clínica com sujeitos diagnosticados com fobia social. No atendimento a esses pacientes a queixa de vergonha mostrou-se pregnante.

É possível trazer o estudo de Verztman (2014) para refletir um pouco mais sobre a vergonha na contemporaneidade. Segundo o autor, a vergonha pode ser vivida como embaraço. O embaraço pode gerar sofrimento pelo simples fato do sujeito ser alvo do olhar alheio, mesmo que esse olhar não venha acompanhado de um juízo de valor, já que o olhar do outro traz o perigo de ser malvisto, podendo, conseqüentemente, ser objeto de desafeição. O embaraço limita a exposição do sujeito se colocando, então, como uma proteção diante da possibilidade de sentir vergonha. Essa noção de vergonha associada ao embaraço ilustra os dois relatos de autolesão mencionados anteriormente, pois ambos revelam uma tentativa de fugir do julgamento e do olhar do outro pelo medo de se tornar objeto de desprezo alheio. Ainda de acordo com Verztman (2014, p. 128), o sujeito contemporâneo vive em um paradoxo: “de ser supervisível ou de ser invisível, de ser invadido pela mirada de qualquer um ou de ser completamente opaco a ela, de nunca poder ser visto a partir do ângulo correto”.

A contemporaneidade é marcada por valores como labilidade, instantaneidade e efemeridade. A mídia foi apontada por Carreteiro (2005) como um dos principais veículos de transmissão desses valores. Exemplo disso são os *Reality Shows*, considerados máquinas de celebridade almejadas e consumidas por uma sociedade que valoriza os pequenos acontecimentos. Isso também pode ser observado na ascensão de *blogueiros*, *youtubers* e *digital influencer* que ficaram famosos compartilhando cada detalhe de suas vidas.

A ideia de celebridade, de acordo com Carreteiro (2005), traz consigo a notoriedade, tão desejada na contemporaneidade. Essa concepção de celebridade gera novas formas de construção subjetiva que, de acordo com a autora, podem ser analisadas a partir de três dimensões: sucesso, urgência e ato. A primeira dimensão é o sucesso, considerado o maior

valor da sociedade contemporânea, que é atrelado à capacidade de ser reconhecido e apreciado pelos outros. Entretanto, essa posição de sucesso tende a ser efêmera podendo chegar ao fim na mesma velocidade em que foi alcançada. Essa formulação é baseada na obsolescência programada enraizada no ideal capitalista de consumo em que os produtos, especialmente os tecnológicos, são rapidamente substituídos no mercado por modelos mais novos e avançados (Neto & Pauliche, 2012).

Nascimento e Gonzales (2015) também chamam atenção para a rápida e constante mudança gerada pela globalização no mundo contemporâneo. Para as autoras, os objetos de desejo são sempre descartáveis e rapidamente trocados levando o sujeito a um sentimento de fracasso ao tentar aplacar a falta através de objetos substituíveis. Essa efemeridade não se limita apenas a objetos, mas também os sujeitos passam a ser descartáveis, estando um dia em destaque na mídia e no outro são esquecidos. Os vínculos, segundo Nascimento e Gonzales (2015) e Llosa (2013), também seriam alcançados por essa característica contemporânea, sendo em sua maioria rápidos, substituíveis e marcados pela ausência de compromisso, nomeados de uma nova maneira através do “ficar”. Vale alertar que essa perspectiva deve ser analisada de uma maneira cautelosa, já que parece vir acompanhada de um cunho moralista e nostálgico.

Nesse contexto de rápidas mudanças, a mídia aparece como um aliado da obsolescência programada valorizando as qualidades e a importância de adquirir o produto novo e desqualificando o anterior (Silva, Oliveira & Silva, 2015). De acordo com Kremer (2007, p. 51), “os atos de consumir e descartar ocorrem rápida e sucessivamente, pois sempre há algo novo, cuja posse, espera-se, finalmente trará a derradeira felicidade e bem-estar prometidos pela propaganda”.

A segunda dimensão levantada por Carreteiro (2005) é a urgência baseada no ideal de que o sujeito deve ultrapassar seus limites em busca da melhor performance no menor período de tempo possível. A terceira dimensão é o ato, ou seja, a valorização do fazer, da ação. Na contemporaneidade os atos precisam ser notados, nada pode passar despercebido. Para isso, é necessário um público capaz de observá-los e avaliá-los. Assim, como já antecipado, o olhar do outro passa a ter papel primordial. O sujeito é reduzido ao ato e estar longe da atenção dos outros pode equivaler a não existir.

Há também, na contemporaneidade, uma psicologização dos estados corporais e a transformação da saúde como obtenção de um ideal equivalente ao vinculado por celebridades. Esses famosos chegam a declarar que alterações no corpo – que o aproxime do ideal de beleza contemporânea – afetam a estrutura psíquica melhorando a autoestima e a autoconfiança (Catraca Livre, 2018; Puerpeople, 2017). Exemplo disso é a entrevista de Cléo Pires à *Revista Catraca Livre* (2018), onde a atriz “conta que tinha problemas para se achar bonita e necessitou fazer um procedimento cirúrgico para melhorar a autoestima”. O sujeito, mesmo tentando atender ao imperativo de consumo, não se livra do risco de se tornar obsoleto devido à rápida mudança das opções oferecidas pelo mercado. Assim, na contemporaneidade, o corpo está sempre em estado de rascunho, inacabado e em busca do desenho perfeito.

Vemos aqui a instauração de um ideal de beleza que coloca um determinado modelo como imperativo para o sujeito contemporâneo. Maciel (2016) fala a respeito de uma tirania da beleza que funciona como um padrão de condutas de como ser e agir que tem como objetivo ser reconhecido e enaltecido socialmente. Como mencionado anteriormente, essa tirania é amplamente divulgada pelas mídias, aparatos tecnológicos, dispositivos cosméticos e medicinais. Maciel (2016) enfatiza três efeitos fundamentais da tirania da perfeição: o primeiro é a produção de um belo ideal homogêneo que descarta completamente as diferenças

entre os sujeitos e a busca pela produção de subjetividades fixas. O segundo efeito é a moralização do belo em que práticas sociais buscam produzir subjetividades sujeitadas através de um poder que impõe limites criando ideais. O terceiro efeito é a propagação do belo e da perfeição como uma verdade estética inquestionável.

Outra diferença marcante entre a modernidade e a contemporaneidade é que em contraposição ao anseio por privacidade, tão marcante na primeira, surgem as tendências contemporâneas à exteriorização da subjetividade. A introspecção parece se tornar insuportável para o sujeito contemporâneo, como pode ser observado no seguinte relato extraído do *Facebook*: “Quando me corto, eu me concentro apenas na dor, em fazer os cortes, isso tira minha atenção de mim mesma”. De acordo com Sibilía (2004), os relatos em redes sociais parecem recriar o costume moderno de escrita de si nos diários íntimos tradicionais. Entretanto, há uma diferença marcante entre as duas práticas: os diários na modernidade eram privativos, ou seja, apenas o próprio escritor ou pouquíssimas pessoas tinham acesso, já os relatos em redes sociais são expostos a milhares de espectadores demarcando, na contemporaneidade, a quebra da fronteira entre o público e o privado. Sendo assim, essa nova forma de narrar a própria história revela mudanças na noção de intimidade e privacidade.

Há a desvalorização da ideia moderna de interioridade, que limitava a verdade de quem o sujeito realmente era ao interior das casas, local secreto, íntimo e privado, para dar lugar à exposição na superfície da pele ou das telas. Em contraste com antigo olhar introspectivo surge a espetacularização do eu possibilitada pela *internet*. O pensador francês Guy Debord (1977) nomeou a referida sociedade como “sociedade do espetáculo”, onde há o exacerbamento dos investimentos narcísicos e tudo é efêmero e baseado na aparência e consumo. É possível dizer que Mario Vargas Llosa (2013) atualiza a obra de Debord (1977) ao falar sobre a “civilização do espetáculo” que segue as mesmas proposições da sociedade do

espetáculo e ressalta como as mercadorias produzidas na contemporaneidade submetem homens e mulheres, ocasionando a “coisificação do homem” (Llosa, 2013, p.21).

A “civilização do espetáculo” proposta por Llosa (2013) caracteriza uma civilização em que o primeiro lugar é ocupado pelo entretenimento, onde o tédio é considerado insuportável e divertir-se é um imperativo. O autor afirma que esse ideal traz algumas consequências, como a banalização da cultura, a frivolidade generalizada, e, no que se refere aos meios de informação, a proliferação de um jornalismo sensacionalista e irresponsável que invade a vida de celebridades e se alimenta de escândalos. Desse modo, evidencia-se na sociedade atual a busca por consumo de informações superficiais e um olhar voltado para si próprio na busca incessante por *status* e poder.

Quanto ao aspecto narcísico da “sociedade do espetáculo”, Birman (2005) enfatiza que inicialmente o autocentramento se manifesta através da hipervalorização da aparência pessoal que tem como objetivo final a exaltação do seu próprio eu. Dessa forma, o cuidado excessivo com o próprio eu através de polimentos e modificações tem o intuito de obter admiração dos outros e alcançar o brilho social. Para Santos (2011), o ideal de beleza e perfeição são dois aspectos mais evidentes de que o corpo foi colocado como espelho do social. Como nunca antes na história (ao que se acrescenta: da civilização ocidental), de acordo com a autora, o corpo hoje se tornou local privilegiado para inúmeros investimentos técnicos, científicos e econômicos. “Nunca o corpo foi tão valorizado, exposto, nunca se falou tanto do corpo, nunca o corpo foi tão cultuado, tratado, aperfeiçoado e até, em certo sentido, supliciado na tentativa de obter a melhor forma desejada” (Santos, 2011, p. 58).

Essa ênfase dada ao corpo pode ser observada até mesmo na criação de revistas e na literatura em suas formas clássicas. Segundo Santos (2011), a temática corporal tem sido foco de revistas, jornais e livros. A partir da década de 1980 surgiram as revistas *Boa Forma* e *Belo*

Corpo que se dedicam a assuntos corporais, com o objetivo de propagar o ideal de que é sempre possível melhorar o corpo, a beleza e a saúde (Santos, 2011).

Nessa perspectiva de valorização corporal, Zorzanelli e Ortega (2011, p.32) discorrem a respeito da “cultura somática” alicerçada na crença de que é possível evitar e controlar os danos sofridos pelo corpo. Nesse sentido,

a ciência – e sobre tudo a ciência médica - viria, assim, se colocando no lugar de oferta de sentido aos indivíduos contemporâneos, ao mesmo tempo em que convidaria à vigilância incansável do corpo por meio de tecnologias visuais, correções químicas e mecânicas, práticas de prevenção. O que se pode observar, no limite, é que a ciência vem se colocando no lugar de instituições tradicionais na tarefa de propor recomendações sobre como viver bem, provocando importantes alterações no terreno dos valores e sentidos que alicerçam a vida contemporânea (Zorzanelli e Ortega, 2011, p.32).

Como consequência da ampliação da referida ciência médica, o objetivo do homem contemporâneo tornou-se a otimização corporal, fomentando a cultura somática que reduz questões complexas, determinadas por fatores de diferentes ordens, a explicações meramente biológicas. Assim, a meta do sujeito é a obtenção da melhor performance e aparência física, aumento do seu tempo de vida e juventude. Trata-se de uma “utopia do corpo, a saúde perfeita solicita um corpo, senão perfeito, pelo menos glorioso” (Le Breton, 2008, p.225).

Le Breton (2008) propõe dois caminhos para o corpo na contemporaneidade: no primeiro deles o corpo é considerado lugar de condenação. Sendo assim, o corpo é visto a partir de suas limitações, ou seja, como um corpo que falha, corpo limitado aos genes, moléculas, hormônios, corpo que não corresponde às expectativas sociais e que, por isso, precisaria de intervenções científicas para sua correção. Nas palavras de Duarte (2010, p. 557), “o corpo seria defeituoso por natureza, mas que pode ser aperfeiçoado devido ao progresso tecnológico”. O segundo caminho se refere à tentativa do sujeito em produzir e controlar as relações pessoais através do corpo. Nessa perspectiva, esse não seria local de

condenação, mas sim de salvação na medida em que pode constituir uma nova forma de se relacionar com o mundo. Por isso, o corpo passa a ser alvo de preocupação e valor, sendo digno dos mais variados investimentos sugeridos pelo capitalismo. Daí surge o imperativo pela boa aparência, saúde e forma. Ambos os caminhos fazem do corpo rascunho, objeto que sempre pode ser alterado e melhorado. Nesse sentido, Birman (2012) assevera que o sujeito se sente sempre faltoso e busca fazer algo tendo em vista melhorar sua performance corpórea. Para o autor, a importância dada ao corpo na contemporaneidade se deve ao fato dele ter sido promovido e colocado na posição de nosso único bem.

Assim, se o corpo é o bem supremo, a saúde se tornou um ideal supremo. Esse é o terreno propício para que as tecnologias derivadas da genética, da neuroquímica, da neurobiologia e do imageamento cerebral se instaurem e se coloquem como capazes de explicar não apenas as doenças, mas também a personalidade, as capacidades e as paixões do sujeito pelo viés unicamente biológico (Zorzanelli & Ortega, 2011).

Segundo Ortega e Zorzanelli (2010), a mudança na visão que se tem do corpo e as possibilidades de modificações corporais permitidas com o auxílio da indústria biotecnológica influenciaram a maneira como o sujeito se vê e a percepção que tem sobre o que seria normal ou patológico. Como ilustração dessa mudança de percepção em relação às práticas de mudar o corpo, os autores trazem modificações corporais existentes em diversas culturas e períodos históricos, mas que na contemporaneidade são consideradas como práticas marginais ou desviantes. A título de ilustração é possível citar as mulheres-girafa da Tailândia que utilizam anéis em torno do pescoço como sinal de beleza e *status* ou os *piercings* e alargadores utilizados por diversas tribos indígenas. Ainda nesse sentido, Teixeira (2006) cita que a descoberta de um corpo congelado nos Alpes Italianos evidenciou marcações corporais que remontam às sociedades primitivas que poderiam ter sido feitas para tratar doenças. De

acordo com Costa (2003, p. 11), na África “o corpo nu precisa ser marcado para existir”. Através dos anéis, escarificações, pinturas e mutilações o sujeito adquire uma identidade de pertença no grupo. Dessa forma, as marcações não possuem apenas função de ornamento, mas também de reconhecimento social, religioso e até mesmo função de proteção.

Para Le Breton (2010), o corpo, e em especial a pele, media a relação do sujeito com o mundo. Ao realizar alterações no corpo o sujeito estaria, acima de tudo, alterando a vida. Ao se autolesionar, o sofrimento se torna visível, palpável. A prática poderia, então, ser uma tentativa de tornar o sentimento invisível em uma ferida visível. Dessa forma, aquilo que “não era visto, impõe-se a nós” (Athayde et al, 2005, p.215). Le Breton (2006) enfatiza que a autolesão seria um mal menor realizado na tentativa de evitar um mal maior ainda. Dessa forma, a dor física estaria substituindo o dilaceramento da alma, mesmo que por pouco tempo. O autor traz o relato de Muriel, de 16 anos, que ilustra essa substituição: “Você está tão infeliz no teu coração, e aí você se faz um mal para obter uma dor corporal mais forte, de modo a não mais sentir a dor do coração” (Le Breton, 2006, p.6).

A vigilância fornecida ao corpo revela os coloridos da ambivalência na cultura contemporânea. Ao mesmo tempo em que há a propagação da ideia de autonomia e liberdade, o sujeito é constrangido a aderir às normas rígidas de adequação corporal, configurando o que Le Breton (2008) chama de liberdade controlada. Qualquer comportamento que destoe desse padrão, como a autolesão, passa a ser alvo da lógica medicalizante que apreende o corpo apenas como organismo, desconsiderando, dessa forma, sua história de vida, seus desejos.

CAPÍTULO II: Medicalização e autolesão

2.1 Autolesão: tateando o campo

Com o intuito de refletir sobre a medicalização da autolesão, faz-se necessário compreendermos mais profundamente a prática de se autolesionar. De acordo com Simeon e Favazza (2001), a autolesão é definida como uma ação voluntária de prejudicar o próprio corpo sem intenção de morte como resultado de seu comportamento. Nos Descritores em Ciências da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015), a prática é considerada como o “ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo”. Favazza e Rosenthal (1993) acrescentam que a autolesão é um ato de destruição deliberada contra o próprio corpo sem finalidade de cometer suicídio, consistindo em um esforço mórbido de autoajuda que fornece alívio rápido e passageiro de sentimentos como despersonalização, culpa e rejeição. Além disso, a prática hoje afastaria alucinações, preocupações sexuais e pensamentos desordenados.

De acordo com Turner (2002), o primeiro artigo sobre autolesão publicado na literatura médica foi em 1846 e relatava o caso de uma mulher à época diagnosticada com “psicose maníaco-depressiva” que aos 48 anos de idade removeu os próprios olhos. Ela teria realizado tal ato porque seus olhos estavam induzindo-a a pecar desejando homens. Vale enfatizar que atualmente o caso relatado se caracterizaria como uma psicose que, de acordo com o DSM-V, é critério de exclusão para o quadro de autolesão, caso este se configure como uma modalidade clínica independente. Apesar da existência de relatos de autolesão, o primeiro conceito que se aproximou do que é utilizado atualmente foi levantado pelo psicanalista e psiquiatra Karl Menninger em 1938 com a publicação de seu livro *Man against himself*. Para Menninger (1966) a autolesão seria uma forma de autopreservação, já que o

sujeito lesionaria uma parte do corpo na tentativa de evitar um mal maior, o suicídio. Além disso, o estudo de Menninger foi muito importante por ser o primeiro que de maneira formal diferenciou a autolesão da tentativa de suicídio.

Simeon e Favazza (2001) desenvolveram um sistema de classificação para organizar e categorizar os comportamentos autolesivos. A classificação consistia em quatro categorias de autolesão, a saber, estereotipada, principal, compulsiva e impulsiva. A classificação foi baseada no grau de danos ao corpo e na frequência em que a prática ocorre, cada uma contendo suas próprias raízes e motivações. A autolesão estereotipada geralmente inclui comportamentos como pancadas na cabeça, batidas auto-atingidas e tapas de rosto, mordidas e puxadas de cabelo, mais tipicamente vistos em sujeitos com transtornos mentais orgânicos, como atraso mental e atraso no desenvolvimento. O padrão desses comportamentos prejudiciais é fixo e altamente repetitivo, causando uma variedade de danos ao corpo. Os principais distúrbios associados a esse tipo de autolesão são a síndrome de Tourette, síndrome de Lesch-Nyhan, autismo, epilepsia do lobo temporal e retardo mental. A autolesão principal inclui lesões mais graves ou potencialmente fatais como a castração, a enucleação no olho e a amputação dos membros. Esses comportamentos extremamente intrusivos são mais raros e ocorrem principalmente em casos de psicose grave e intoxicação.

Já a autolesão compulsiva, segundo Simeon e Favazza (2001), inclui comportamentos de tricotilomania (ato repetitivo e deliberado de arrancar o cabelo), beliscar a pele e morder as unhas de uma severidade leve a moderada. Essa categoria é consistente com os diagnósticos do DSM-IV-TR de tricotilomania e transtorno de movimento estereotípico com comportamentos autolesivos. Os sujeitos referidos nesta categoria se sentem obrigados a executar o impulso de se lesionar, mas podem desejar resistir, com diferentes níveis de sucesso. Geralmente há uma crescente ansiedade com subsequente liberação de tensão após

ceder ao desejo de se lesionar. A categoria de autolesão impulsiva consiste em cortes na pele, queimaduras e auto-impacto de severidade leve a moderada. Esses comportamentos podem ser isolados ou habituais.

A autolesão impulsiva pode ser subdividida em dois tipos: episódica e repetitiva. Os autores afirmam que a autolesão episódica ocorre de forma isolada, sendo realizada apenas um número limitado de vezes ao longo da vida, apesar disso, não há a delimitação de quantas vezes esta prática deve ocorrer para ser considerada episódica. Em oposição, os tipos repetitivos estão mais associados à autolesão recorrente que tem uma característica quase viciante e é incorporada à vida do sujeito. De acordo com Simeon e Favazza (2001), a autolesão impulsiva pode ser vista como patológica, por um lado, e como estratégia de autoajuda, por outro lado. Os autores ressaltam ainda a necessidade de levar em consideração, durante o tratamento, a alta incidência de histórico de abusos e traumas passados em sujeitos que se autolesionam.

Briere e Gil (1998) realizaram um estudo com seis adolescentes que faziam terapia de grupo juntamente com seus pais por um período de seis meses e praticavam cortes ou danos epidérmicos em si mesmos. Da amostra total, 20% eram do sexo masculino e 80% do sexo feminino. O estudo constatou que os envolvidos na prática de autolesão geralmente não são suicidas, mas se cortam para se livrarem de sentimentos ruins, reduzir a tensão e raiva. O estudo constatou também que os danos causados por adolescentes do sexo masculino eram mais brutais do que os realizados pelos do sexo feminino.

No DSM-V, atos de autolesão aparecem, por exemplo, como um sintoma que compõe os critérios diagnósticos do Transtorno de Personalidade *Borderline*. Esse transtorno prevê a ocorrência de práticas de autolesão durante experiências dissociativas e com frequência trazem alívio por refletir a capacidade do sujeito de sentir e por inibir a sensação de ser uma

má pessoa. O fenômeno é citado ainda como uma característica associada ao quadro de Amnésia Dissociativa e Transtorno Dissociativo de Identidade. O ato de lesionar o próprio corpo também pode ser uma das características presentes no Transtorno Factício Autoimposto em que há a “falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão associada a fraude identificada” (American Psychiatry Association, 2014, p.325). Nessa entidade clínica o sujeito pode chegar a se lesionar mesmo na ausência de recompensas externas óbvias e se apresenta ao outro como doente, incapacitado ou lesionado. Além disso, a prática autolesiva pode ocorrer em quadros de Transtorno do Movimento Estereotipado havendo interferência “em atividades sociais, acadêmicas ou outras, podendo resultar em autolesão” (American Psychiatry Association, 2014, pp. 77-78).

A prática é citada ainda nas descrições do Transtorno de Tourette em que alguns casos podem incluir lesão física, como lesões nos olhos (decorrentes de golpear o próprio rosto). No que se refere ao Transtorno de Escoriação, apesar deste ter como critérios diagnósticos comportamentos de beliscar a pele de forma recorrente, o que pode resultar em lesões, o ato em questão não configura uma intencionalidade de causar danos a si mesmo, diferenciando-se, assim, dos quadros que a literatura denomina como autolesão. Por fim, vale ressaltar que o DSM-V reafirma a diferenciação entre a autolesão e o comportamento suicida ao destacar que um sujeito só poderá ser diagnosticado com Transtorno de Comportamento Suicida se ele não preencher os critérios para autolesão não suicida, demonstrando, assim, que os dois transtornos são díspares.

É importante ressaltar que a autolesão não suicida aparece também no DSM-V no capítulo: “Condições para estudos posteriores”, o que é indicativo de uma nova modalidade clínica possível para versões futuras do DSM-V, como é possível ver a seguir:

Neste capítulo são apresentados conjuntos de critérios propostos para condições para as quais são encorajadas pesquisas futuras [...] Espera-se que essas pesquisas permitam

que os profissionais da área compreendam melhor essas condições e instrumentem as decisões quanto à possível inclusão nas próximas edições do DSM (American Psychiatry Association, 2014, p.783).

O referido capítulo traz ainda a autolesão como “episódios repetidos de automutilação (ao menos cinco vezes nos últimos 12 meses) realizados para produzir alívio de um estado cognitivo/sentimento negativo ou para alcançar um estado de humor positivo” (American Psychiatry Association, 2014, p.802). Além disso, “em alguns casos, a lesão é concebida como uma autopunição merecida. O indivíduo frequentemente relatará uma sensação imediata de alívio que ocorre durante o processo” (American Psychiatry Association, 2014, p.804).

De acordo com o *Manual de Práticas para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autolesão* criado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2016), ao longo dos anos diferentes definições foram utilizadas para se referir a autolesão. Nos anos de 1990, a partir de um estudo europeu da OMS, utilizou-se a seguinte definição para descrever a prática: “um ato com resultado não fatal em que um indivíduo deliberadamente inicia um comportamento não habitual que, sem a intervenção de outros, causará autolesão, ou deliberadamente ingere uma substância em excesso da dose prescrita em que o objetivo não é a morte, mas alterações que a pessoa deseja através das consequências físicas reais ou esperadas” (Platt et al., 1992, p. 97, tradução nossa). De Leo et al. (2004) simplificou a definição anterior como um ato não habitual com resultado não fatal com objetivo de infligir danos corporais e trazendo mudanças desejadas. A OMS (2014) considera a autolesão como violência autoinfligida que corresponde a uma ameaça ou dano real a si próprio.

Com o intuito de divulgar mais informações sobre a autolesão e o suicídio, essa Organização produziu alguns manuais. Em 2001 criou o *Injury surveillance guidelines* (Diretrizes de vigilância de lesões). Em 2004 as *Guidelines for conducting community surveys*

on injuries and violence (Diretrizes para a realização de pesquisas comunitárias sobre lesões e violência) e *Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners* (vigilância de lesões fatais em casas e hospitais: um manual para praticantes) em 2012.

Como demonstração da preocupação com a prática de autolesão, depois dessas três versões publicadas, a OMS lançou em 2016 o *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm* (Manual de práticas para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autolesão). O manual é destinado a profissionais da saúde, pesquisadores e estatísticos que trabalham em hospitais gerais, departamentos universitários e institutos de pesquisa, ministérios da saúde e organizações não governamentais. O objetivo do Manual (2016) é avaliar a amplitude de casos de autolesão e suicídios que chegam aos hospitais e informar as Políticas de Saúde Pública sobre prevenção, intervenção e tratamento.

No que se refere ao tratamento da autolesão, Ghafoor (2008) levantou como possibilidade a redução de danos no nível ambulatorial em que uma enfermeira poderia fornecer instrumentos limpos e afiados e suprimentos curativos para pacientes adultos. De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos - IHRA (<https://www.hri.global>, recuperado em 1 de abril, 2019), a redução de danos é uma política que tem como intuito diminuir o impacto negativo que o uso de drogas psicoativas gera na saúde e contexto social da vida do sujeito. Assim, seu objetivo não é a abstinência, mas um uso que gere o mínimo de dano possível. É importante ressaltar que recentemente foi assinada pelo presidente Jair Bolsonaro uma nova política nacional de drogas que exclui a redução danos e a substitui por uma estratégia baseada na abstinência.

A ideia de redução de danos aplicada aos casos de autolesão possibilita que o foco passe a ser a conscientização das consequências da prática com vista à redução de

complicações clínicas envolvendo esse ato. Segundo Ghafoor (2008), ao entregar os instrumentos para o paciente, a profissional de Saúde poderia discutir com o mesmo a respeito da quantidade e profundidade das lesões que ele faria. Esta estratégia pressupõe que os pacientes vão se ferir com ou sem supervisão e que a proposta reduz os riscos clínicos inerentes a autolesão.

O modelo de redução de danos também foi defendido por Pembroke (2006), que realizava autolesões durante a adolescência e aos 18 anos uma enfermeira forneceu informações sobre a anatomia básica, fisiologia da pele e métodos para reduzir o risco de infecção. Pembroke (2006) afirma ter evitado ferimentos graves após a intervenção da técnica de saúde, apesar de assumir ter aumentado a ocorrência da prática na ocasião.

Inckle (2010) alerta para um *déficit* no treinamento de profissionais da Saúde em relação à autolesão na Irlanda. Para o autor, esse *déficit* é uma consequência de uma política de Saúde que prioriza a prevenção dessa prática, mas que não se preocupa em trabalhar individualmente com os pacientes para explorar o significado e o propósito que o ato de se ferir tem para cada sujeito, e desenvolver mecanismos alternativos de enfrentamento. Inckle (2010) chama atenção para as multifacetadas razões pelas quais ocorre o início desse ato, de modo que as respostas a ele também precisam ser multifacetadas e desenvolvidas em colaboração com o sujeito. Essa forma de tratamento é considerada pela autora como psicossocial, pois não se baseia em uma visão fragmentada, mas considera as mais variadas dimensões da vida do sujeito. O foco principal do tratamento proposto foi buscar entender a função da autolesão para o paciente e incentivar que ele se dedicasse a estudos de forma geral. Para Inckle (2010), estudar e desenvolver as habilidades expressivas da escrita facilita a autocompreensão e, conseqüentemente, diminui a autolesão. Ghafoor (2008) declara que,

dentre os tratamentos existentes, o tratamento psicossocial a pacientes que se autolesionam tem sido o mais eficaz na possibilidade de redução da prática.

De acordo com Araújo et al. (2016), o ato de lesionar o corpo é uma questão clínica que tem aparecido com frequência não apenas em consultórios de Psicologia, mas também em escolas. A escola tem sido apontada por diversos autores como local privilegiado para identificação precoce de comportamentos que não seguem as normas sociais, como o ato de lesionar o próprio corpo (Silva & Siqueira, 2017; Baggio, Pallazzo & Aerts, 2009). Baggio, Pallazzo e Aerts (2009) asseveram que a escola tem a função de promover e proteger a saúde dos alunos. Também nessa direção, Silva e Siqueira (2017) enfatizam o papel da instituição como aliada à Saúde na constatação da autolesão em alunos, pois é o local onde crianças e adolescentes passam grande parte do tempo, facilitando a observação e verificação de um possível comportamento autolesivo.

Reis (2018) relata sucessivas notificações de casos de autolesão em escolas da rede municipal de Teixeira Freitas, município localizado no extremo sul da Bahia, no ano letivo de 2016. Das dezessete escolas existentes no município, nove relataram casos de autolesão em estudantes do segundo segmento do ensino fundamental. Todos os casos foram identificados por professores ou educadores das escolas. Essa função do professor como identificador surgiu no Brasil, segundo Monteiro (2006), na primeira metade do século XX. Tratou-se de um período marcado pela inserção da medicina no ambiente escolar e conseqüente união entre Saúde e Educação.

Nesse cenário, a figura do professor passou a ser associada não apenas como transmissor de conhecimento, em uma perspectiva conteudista, mas também como “identificador de anormalidades” (Monteiro, 2006, p. 14). Segundo Castro (1999, p.31), aqueles considerados por “natureza fracos e indolentes, a criança problemática, deveriam ser

detectados e separados dos demais, de modo que não exercessem influência perniciosa sobre os outros”, aqui é possível verificar a ideia de contágio que será vista mais adiante. Assim, Saúde e Educação se uniram em uma “caçada aos anormais” (Monteiro, 2006, p.14) com o objetivo de combater o mal que supostamente impedia a ordem e o progresso da nação. “Este mal, em uma de suas faces, apresentava-se como a criança anormal, que tinha em seu corpo (biológico) a inscrição do defeito, da anomalia” (Monteiro, 2006, p. 14).

Reis (2018) revela que, diante dos casos de autolesão, os professores das escolas municipais de Teixeira Freitas sentiram desânimo por não saberem quais ações tomar e como agir diante dos casos. Os educadores, então, recorreram à Secretária Municipal de Educação e Cultura em busca de auxílio. Os profissionais da Educação se reuniram com estudantes de Psicologia com o intuito de debaterem sobre a autolesão em busca da etiologia da prática. No caso mencionado, a escola acionando profissionais da Saúde, é possível perceber que a instituição tem sido local de proliferação de discursos especialistas. A presença de outros profissionais na escola, para além daqueles formalmente considerados do campo da Educação, como o psicólogo, pode acabar desqualificando a atuação de educadores junto a conflitos em seu ambiente de trabalho e corroborar a patologização de condutas ditas desviantes.

A patologização do comportamento considerado desviante, como a prática da autolesão, pode ter como consequência a culpabilização do sujeito, subsumindo as mais variadas forças que concorrem para a sua produção. Isto é, a partir do momento em que se considera que a causa de comportamentos considerados desviantes está no aluno, que seria portador de uma “patologia”, pode haver a diminuição da implicação que a Educação, a Saúde, o Estado, a Assistência Social e outros setores envolvidos na assistência à infância e adolescência poderiam ter diante do fenômeno. Essa desresponsabilização está relacionada com a leitura medicalizante, na medida em que os problemas tendem a ser considerados como

individualizados e não coletivos e construídos historicamente. Nessa visada, haveria uma intensificação das justificativas pautadas apenas no sujeito, ignorando as diversas facetas e complexidade envolvidas no fenômeno.

Entretanto, vale mencionar que a pesquisa realizada anteriormente, por ocasião da especialização em Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência (Gomes, 2018), demonstrou que os encaminhamentos realizados pela escola podem se configurar como um pedido de ajuda diante do desconhecido. Se bem utilizado, o encaminhamento pode servir não necessariamente para atender a criança ou o adolescente, mas para criar uma articulação e trabalho colaborativo – conceito cunhado por Teixeira, Couto e Delgado (2017) - entre escola e serviço de saúde. Assim, é possível que ao atender uma solicitação da escola o profissional de Psicologia, por exemplo, ofereça suporte para a angústia do profissional da Educação, sem atender uma possível demanda medicalizante.

Muitas crianças e adolescentes são encaminhadas pela escola ou outros dispositivos para atendimento psiquiátrico diante da descoberta da prática de machucar o próprio corpo e o tratamento frequentemente tem sido medicamentoso. Há a perspectiva de que este fenômeno seja um sintoma de alguns transtornos mentais, configurando-se, assim, em uma patologia. Dessa forma, a autolesão, na leitura médica e psiquiátrica, deve ser combatida para que o sujeito retome o estado anterior de saúde (Araújo et al, 2016).

Nessa mesma perspectiva, é possível perceber em alguns estudos a tentativa de combater a autolesão. Exemplo disso foi o estudo realizado por Zinoviev, Stefanescu, Fireman e Swenson (2016) em que através de uma pesquisa na rede social *LiveJournal* buscaram utilizar os interesses autodeclarados por membros de comunidades de autolesão como indicadores de uma identidade propensa à prática. A partir da pesquisa realizada os autores sugerem que predileções como, por exemplo, por música do *Green Day* e *Linkin Park*

ou menções a distúrbios corporais como anorexia e bulimia aparecem com mais frequência na lista de interesses de sujeitos que se autolesionam em comparação com sujeitos que não realizam a prática. Através desse dito padrão, os autores acham possível detectar precocemente prováveis candidatos à autolesão. Esse tipo de pesquisa é questionável e remete a uma tentativa de caça e combate aos desviantes, perspectiva que a presente dissertação busca criticar.

Zinoviev, Stefanescu, Fireman e Swenson (2016) também analisaram a lista de preferências de sujeitos que não faziam parte de comunidades de autolesão, mas possuíam amigos que participavam e a lista de interesse de pessoas totalmente desconhecidas para os participantes das comunidades. Os autores sugeriram semelhança nos interesses entre os participantes das comunidades e seus amigos, de modo que esse fato demonstraria o que os autores chamaram de “contágio social online”. Essa semelhança seria uma manifestação de desejo desses sujeitos de pertencerem ao grupo dos que se autolesionam. Nesse mesmo sentido, o Centro de Valorização da Vida (CVV) (2019) afirma que 18% dos sujeitos que se autolesionam realizam a prática em grupo ou relatam o início da prática por influência de amigos ou pessoas próximas. Segundo o site do CVV (www.cvv.org.br, recuperado em 05 de fevereiro, 2019), “É frequente, por exemplo, que em uma sala de aula com um aluno se mutilando, 12 meses depois tenham três ou quatro, justamente pelo efeito de contágio”. De acordo com o DSM-V, é frequente o conhecimento da prática a partir da recomendação ou observação de outro sujeito. Além disso, ainda baseado no DSM-V, após um sujeito ser admitido em uma unidade de internação devido à autolesão, há uma tendência de outros internados iniciarem a prática.

Contrariando a pesquisa realizada por Zinoviev, Stefanescu, Fireman e Swenson (2016), que através de uma rede social buscou criar um perfil propenso a autolesão, foi

realizado para esta dissertação um levantamento também em redes sociais, mas com o intuito de valorizar a complexidade envolvida na prática de autolesão, como pode ser observado adiante.

2.2 Relatos sobre autolesão em redes sociais

As redes sociais se tornaram ambiente propício para realizações de pesquisas, pois, segundo Carrera (2012), não são apenas utilizadas como suporte de conteúdo *online*, mas também local de relações sociais. Inicialmente a pesquisa realizada abrangeu *blogs*, páginas do *Facebook* e *Instagram*. Esse último aplicativo tem como finalidade primeira o compartilhamento de fotos. A pesquisa realizada nessa plataforma revela uma dinâmica de sociabilidade específica: a diminuição da escrita e hipervalorização da imagem. Diferente dos *blogs* que possuem relatos extensos sobre a vida pessoal e até mesmo do *Facebook*, onde é possível ter grande interação através de páginas que funcionam como comunidades de compartilhamento de opinião, o *Instagram* traz a peculiaridade da expressão popular “uma imagem vale mais que mil palavras”. Dessa forma, os resultados obtidos através das *hashtags* #autolesão e #automutilação se limitavam a fotos de autolesão, em sua maioria cortes no antebraço, que possuíam muitos *likes*, mas com pouquíssima ou nenhuma interação entre os usuários. Assim sendo, optou-se por não usar os dados obtidos no *Instagram* ao notar que estes não possuíam, em sua maioria, os relatos dos sujeitos sobre a autolesão, informação considerada muito relevante para esta pesquisa.

Através da investigação realizada em *blogs* e páginas do *Facebook*, encontrou-se relatos de sujeitos que vivenciam ou já vivenciaram a autolesão. Diante dos relatos foi possível observar a complexidade e diversidade de causas que podem contribuir para o início da prática. A título de ilustração, é possível citar os seguintes relatos: “Motivos? Ah, bullying

durante toda minha vida escolar. Dois assédios e um estupro”, “Sempre que faço isso, é por raiva, medo, rejeição, quando me sinto inútil, culpa, e muito mais coisas”, “Os cortes fazem eu esquecer das minhas imperfeições e eu nem consigo explicar como ou porque, só sei que ao faze-los, tudo parece menor pior”. No intuito de agrupar e de melhor visualizar os relatos anteriores e todos que virão a seguir, criou-se uma tabela com a íntegra ou trechos das narrativas dos sujeitos que poderá ser observada no anexo A.

Como pode ser visto nos relatos acima, há diferentes contextos envolvidos no fenômeno da autolesão. Em certo momento, o administrador da página do *Facebook* levantou o seguinte questionamento: “Por que você se corta?”. Esse *post* resultou em comentários que poderão ser vistos a seguir: “Me corto quando ninguém sente minha falta e nem fala comigo”, “Pq minha mãe morreu”, “Porque tudo da errado e as pessoas que se julgavam melhores amigos sao os primeiro a apunhalar pelas costas”, “Me corto por que minha própria mamãe se arrepende de me por no mundo que eu não devia ter nascido que eu sou uma decepção para ela cara isso dói”.

Na expectativa de analisar os relatos anteriores, extraídos de redes sociais, é possível lançar mão de duas categorias de análise: eventos estressores e solidão/abandono. Estão incluídos em eventos estressores relatos de morte de um ente querido, situações de *bullying*, abuso sexual, entre outros eventos penosos associados ao início do comportamento autolesivo.

É relevante mencionar que durante a pesquisa realizada em redes sociais para a presente dissertação, diversos relatos de abuso sexual às mulheres surgiram, como exemplificam os relatos a seguir: “comecei a me cortar aos 9 anos, as pessoas não sabem o principal motivo, disso acontecer, bom no meu caso aos meus 5 aninhos de idade, eu fui abusada sexualmente pelo meu padrinho/tio”, “Há dois anos atrás passei por um

relacionamento super abusivo, fui torturada, humilhada, espancada, abusada psicologica e sexualmente”, “fui estuprada com nove anos de idade”, “sou abusada por meu padrinho”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), 20% das mulheres sofreram algum tipo de violência na infância. Além disso, 30% das primeiras relações sexuais das mulheres são forçadas. Vale ressaltar que as porcentagens mencionadas anteriormente tendem a ser muito maiores, já que muitos casos não são delatados. De acordo com Marciani (2002), a violência sexual contra a mulher tem como base a hierarquia de gênero que afirma a suposta posição superior do homem em relação à mulher, que tem como consequência a tentativa dos homens de dominarem o corpo feminino. Navaz e Koller (2006) afirmam que o sexo feminino é o mais propenso à violência sexual e os homens os principais geradores da agressão. Nas palavras de Segato (2006, p. 333):

Todo tipo de violência contra a mulher é expressão de uma resposta emocional reativa, instrumentalizada dos homens para manter ou recuperar as fronteiras de gênero socialmente estabelecidas, mantendo ou defendendo as prerrogativas e os privilégios masculinos diante do rebaixamento que representam as margens de empoderamento físico, econômico e político, especialmente obtidos pelas mulheres nas três últimas décadas.

Assim, a violência contra a mulher ou contra sujeitos que ocupam posições ditas feminizadas, na visão de Segato (2006), seria uma tentativa de subordiná-la e puni-la pela emergência social da figura feminina. Segato (2006) assevera que desde as guerras tribais os corpos femininos e os corpos feminizados serviram como forma de demarcação territorial sendo sua existência acoplada à custódia dos homens, sejam eles pais, maridos, irmãos ou filhos. De acordo com Caulfield (1985, p. 360), "a ideologia dominante enfatiza que a dominação, o controle e, até mesmo, a violência masculina na sexualidade são 'naturais'". Se o impulso sexual é uma expressão “natural” do homem, pode recair sobre a mulher a responsabilidade pela violência sexual. Daí vemos relatos de culpabilização da vítima diante

de casos de estupro, abuso sexual ou físico, como: “me desculpa, mas elas saem a noite na balada e depois querem vim dizer que foi estuprada?”, “como um estuprador mete uma arma pra pegar uma mulher feia dessa? Isso cheira a malandragem da parte dela”, “pra ser estuprada devia estar com roupa decotada”, “tô no role de domingo a domingo, há 33 anos, nunca apanhei. Só acha quem procura”. Esses relatos e tantos outros podem ser encontrados em comentários de reportagens sobre a violência contra mulher postadas no *Facebook* do G1 – O Portal de Notícias da Globo.

Na Antiguidade e no período que antecedeu o Iluminismo, segundo Laqueur (1992), pensava-se que existia um sexo único. Essa concepção foi alicerçada principalmente por Aristóteles e Galeno que defendiam a ideia de que o sexo masculino seria o único sexo e a mulher seria um homem invertido que devido à falta de calor vital teve seus órgãos sexuais retidos para dentro. Essa concepção concebia a mulher como um ser imperfeito, mais frágil, devendo, por isso, ser submisso. O modelo do sexo único só entrou em declínio a partir da Revolução Francesa por se opor ao ideal de liberdade, igualdade e fraternidade. Dessa forma, passaram a ser necessárias explicações biológicas que fossem irrefutáveis e justificassem as distintas inserções na sociedade. A explicação para as diferenças passou a ser que as mulheres possuíam características biológicas e morais pertinentes à função materna e aos trabalhos domésticos, enquanto os homens teriam atributos biológicos condizentes com a esfera pública e trabalhos intelectuais (Laqueur, 1992).

Del Priore (2000) assevera que o corpo feminino foi marcado historicamente pela exclusão e inferioridade. A autora acrescenta que a medicina chegou a afirmar que o corpo feminino era menor, seus ossos pequenos, suas carnes moles e esponjosas e seu caráter considerado débil. Em contrapartida, atualmente a nova manifestação dessa submissão vem a ser a mulher como senhora da beleza e da sensualidade. De acordo com Florentino (2015), a

violência sexual pode gerar inúmeras consequências na vida do sujeito. Podendo variar desde impactos físicos que incluem, por exemplo, lesões, contusões, fraturas e queixas somáticas como mal-estar difuso e desmaios até manifestações psicológicas tal como isolamento social, depressão, distúrbios do sono ou alimentar, entre outros sofrimentos possíveis.

Através do levantamento em redes sociais foi possível perceber o que já vem sendo levantado por diversos autores (Reis, 2018; Giusti, 2013; Ross & Heath, 2002; Nock & Prinstein, 2004) sobre a predominância da autolesão no sexo feminino. A maior presença de mulheres foi notada inclusive por um participante do *blog* que disse: “Sei q parece bizarro um garoto nesse blog (mas n é ja q me identifico com os posts)”. Reis (2018) alerta que esta prevalência pode estar indicando um paradigma peculiar de angústia incidente no feminino. A prevalência da autolesão no sexo feminino e os relatos de abuso sexual não serão analisados na presente dissertação, entretanto, aparece aqui como indicativo da necessidade de estudos futuros que investiguem a temática.

A categoria de análise solidão/abandono abrange narrativas de sujeitos que se queixam por se sentirem sozinhos, terem sido traídos, abandonados e rejeitados. A autolesão, nesse caso, pode surgir como forma de expor uma angústia que não pode ser compartilhada com outra pessoa. As categorias de análise e os relatos de autolesão mencionados acima podem ser observados mais detalhadamente na tabela no anexo A.

Nesse sentido, de acordo com Fortes (2016), na ausência de um interlocutor com quem compartilhar o sofrimento, os relatos em redes sociais podem surgir para ocupar a função desse outro inexistente. Essa precariedade da dimensão da alteridade é, segundo a autora, um traço da autolesão e também de outros sofrimentos psíquicos contemporâneos. Ao mesmo tempo em que há a ausência de um outro para compartilhar o sofrimento, há também uma dificuldade do próprio sujeito em admitir ao outro que está triste, angustiado e sofrendo. De

acordo com Schneider (2002), para o sujeito representar e sentir o sofrimento é necessário contato consigo próprio, mas também a relação com o outro, ou seja, é através do endereçamento ao outro que o sujeito poderá legitimar o que está sentindo. Nessa perspectiva, Fortes (2016) assevera que se o sofrimento não ressoa em ninguém, ele permanece no sujeito e é redirecionado para o corpo.

Ainda nessa perspectiva, Birman (2012) faz uma diferenciação entre sofrimento e dor pautada na presença ou não da alteridade. Para Birman (2012), a diferença crucial seria que na dor o sujeito não tem com quem compartilhar a angústia, ou seja, não há mediação possível. Desse modo, o sujeito ficaria entregue sozinho ao excesso pulsional. Já no sofrimento existe a presença de um outro que poderia oferecer a função de anteparo para o excesso. Nesse sentido, Pontalis (2005) sugere que na dor ocorre o rompimento de dispositivos que protegem o psiquismo. Assim, a dor ocorre na ausência de um suporte e proteção. Ainda segundo o autor, a dor é descarregada de forma direta. No caso da autolesão, foco da presente dissertação, a descarga seria no próprio corpo, na medida em que a dor não encontrou forma de se manifestar a partir de palavras. Portanto, para Pontalis (2005), a dor é solitária e silenciosa, daí poderiam vir tantas queixas de solidão nos casos de autolesão.

Fortes (2016) complementa essa ideia ao chamar atenção para o fato da autolesão ser realizada em momentos de intensa dor interna, usando o termo na perspectiva de Birman, em que o sujeito não sabe como lidar e não consegue expressá-la pela via das palavras. Na ausência das palavras, o próprio corpo se torna um recurso aliviador: alivia-dor.

Em uma página sobre autolesão o administrador lançou a seguinte pergunta: “O que a lâmina significa pra vc?”. A resposta a este questionamento pode ser um auxílio para compreendermos o sentido da autolesão para esses sujeitos. Surgiram respostas como: “Minha

paz, meu alívio”, “Uma saída dos problemas”, “Tudo”, “Um vício”, “Ela é minha melhor amiga”, “Um alívio pras minhas tristezas” e “Não consigo parar, já é um vício”.

Sendo assim, a autolesão apareceu tendo duas funções: a de "alívio" e a de "vício". O vício surge a partir do comportamento repetitivo de se lesionar que acaba por se tornar um hábito considerado incontrolável, como pode ser visto a seguir: “quem faz sabe que é um vício que muitas não consegue parar”, “ao longo do tempo isso foi virando um hobby um vício que agora n consigo controlar”. Outra função da autolesão é o sentimento de “alívio” produzido logo após a prática, como no relato: “eu ja me cortei e me corto pra tira a dor que sinto alivia a vontade de morrer o fracasso da vida alivia tudo a alma fica leve a dor no peito acaba”. Entretanto, o alívio do sofrimento é passageiro e algumas adolescentes relatam o sentimento de culpa quando a sensação de “alívio” passa: “A autolesão aliviou, mas também me fez descobrir a culpa”, “quando faço é um alivio e ao acordar de manhã eu sinto aquela dor, começo a sentir culpa e prometo a mim mesma que nunca irei fazer mais isso”.

Inckle (2010) descreve a autolesão como uma estratégia crescente para lidar com experiências traumáticas. Essas experiências, para a autora, podem se dar na esfera individual, incluindo negligência, abuso físico, emocional e/ou sexual, sofrimento e perda ou ainda com o contexto social mais ampliado, como pobreza, racismo, homofobia e preconceito de gênero, como pode ser ilustrado pelo seguinte relato: “acho que é porque me odeio. Porque sou homossexual e simplesmente não aceitam isso”.

Outro dado importante percebido através do levantamento em redes sociais foi a predominância da prática da autolesão em adolescentes, como já vinha sendo declarado por alguns autores (Giusti, 2013; Reis, 2018; Fonseca et al., 2018). Segundo Venturi, Barbosa e Pinheiro (2006), a adolescência é um período complexo em que o sujeito passa por diversas transformações muitas vezes acompanhada por sofrimentos e angústias. O adolescente perde a

posição de criança, mas ao mesmo tempo não alcança a de adulto. Nesse sentido, ele passa a procurar um olhar de reconhecimento de sua posição atual, entretanto, não o encontra, pois o adulto não consegue reconhecer no adolescente os sinais de passagem para a vida adulta. Esse não lugar, nem é criança nem é adulto, gera no sujeito a sensação de incerteza e a busca por um reconhecimento social que o diga quem ele é. Um aspecto marcante dessa faixa etária seria o sentimento de insegurança e vergonha, temática já abordada anteriormente como marca da contemporaneidade (Venturi, Barbosa e Pinheiro, 2006). Na tentativa de se entender, o adolescente, para Garritano e Sadala (2009), começa a buscar seus pares e a criar uma espécie de tribo. Nesse contexto, as redes sociais permitiriam o agrupamento e interação entre os adolescentes.

De acordo com Fortes (2016), geralmente o adolescente não demonstra inquietação ou revela abertamente sobre estar se autolesionando, sendo o alarme acionado quando um adulto toma ciência do fato. O aspecto paradoxal da autolesão é que o sofrimento interno é exposto na superfície da pele, mas ao mesmo tempo os sujeitos relatam tentar ao máximo esconder os cortes, queimaduras e outras lesões que muitas vezes são realizadas em partes do corpo menos monitoradas pelos responsáveis. Como pode ser visto nos seguintes relatos: “Meus pais nunca perceberam pq usava muitas pulseiras e camiseta de manga longa”, “Eu me corto. Mas não muito nos braços pois alguém pode ver. Minhas costas e pernas estão cheias de cortes”, “Tenho que disfarçar, usar blusas de frio no calor e fingir sorrisos”.

É importante mencionar que durante o período de pesquisa em redes sociais percebeu-se que na plataforma do *Facebook* e do *Instagram* foi acrescentada recentemente, ao fazer a busca por palavras com enfoque autodestrutivo como “automutilação”, “*cutting*”, uma publicação perguntando se usuário necessitava de ajuda. No caso do *Instagram*, como pode ser observado integralmente no anexo C, aparece uma caixa de texto escrito: “podemos

ajudar? Publicações com as palavras ou *tags* que você está procurando muitas vezes incentivam um comportamento que pode fazer mal a uma pessoa e até levá-la a morte. Se você está passando por alguma situação difícil, gostaríamos de ajudar”, depois disso são dadas as seguintes opções para o usuário: obter ajuda, ver publicações mesmo assim ou cancelar.

Já no caso do *Facebook*, o alerta que aparece é mais voltado para a prevenção do suicídio, mesmo que a busca tenha sido por questões envolvendo a autolesão. Surge inicialmente, como no *Instagram*, uma caixa de mensagem perguntando se o usuário aceita ajuda e caso clique em “saber mais” aparece o seguinte:

Os especialistas afirmam que uma das melhores maneiras de evitar suicídios é fazer com que a pessoa em dificuldade ouça as pessoas que se preocupam com ela. O *Facebook* tem uma função única, por meio de amigos no site, de conectar pessoas em dificuldade com pessoas que podem ajudar.

Após a mensagem anterior, são apresentadas duas opções para o usuário: obter ajuda para si mesmo ou obter ajuda para um amigo. Dependendo da escolha que for feita, diferentes postagens surgem. Além disso, é fornecido o *site*, *e-mail* e telefone do Centro de Valorização da Vida (CVV). As mensagens que aparecem tanto do *Facebook* como no *Instagram* podem ser observadas na íntegra no anexo B e C.

Conforme ilustrado pelos relatos obtidos em redes sociais, a autolesão ocorre por diversos motivos e contextos. Explicações etiológicas localizadas apenas no biológico, como poderá ser visto a seguir, reduzem a complexidade desta prática e desconsideram a necessidade de escuta do sujeito, concorrendo para a medicalização da autolesão.

2.3 Questões contemporâneas sobre a medicalização da autolesão

A autolesão se tornou alvo da medicalização a partir de uma cultura contemporânea que se revela terreno propício para tal devido à preocupação excessiva com a saúde e culto ao

corpo, como já visto anteriormente ao longo do texto. Esta seção se debruçará sobre as explicações etiológicas utilizadas na contemporaneidade para explicar a autolesão e seus alicerces.

Para abordar a medicalização da autolesão na atualidade é importante entender as mudanças que proporcionaram o surgimento de explicações biologicistas que embasam a patologização dos comportamentos ditos desviantes. Birman (2007) aponta que, de acordo com Foucault (1976), foi por intermédio da biopolítica que ocorreu a medicalização do espaço social. A entrada de questões referentes à vida da espécie humana no campo político foi denominada por Foucault (2008) de biopolítica. Ela era exercida através de um conjunto de dispositivos que regulavam o nascimento, a mortalidade, o nível de saúde, longevidade e outras condições que poderiam influenciar o corpo de maneira individual e coletivamente. Esta seria uma forma de poder que objetivava controlar a vida de toda a população por meio da prática de biopoderes locais.

Através da medicalização como estratégia biopolítica, os processos biológicos começaram a ser analisados com o objetivo de controlar a espécie por meio de um poder disciplinador sobre a saúde da população. O biológico passou a ter, então, um papel central na política. Temos, assim, que a biopolítica, através da tecnologia do biopoder, ocupou-se da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade e dos costumes da população, já que estes tornaram-se questões políticas. Foucault (2008, p. 03), em *Segurança, Território, População*, define biopoder como “o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder”. Em outra ocasião, ele ainda afirma que o controle da sociedade sobre a população não ocorre apenas pela consciência ou ideologia, mas também sobre o corpo, sobre o biológico, sobre o

somático (Foucault, 1984). De acordo com o autor, “o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1984, p.80). Assim, o biopoder é uma forma de administrar a vida e o corpo da população.

No processo de medicalização ocorrido ao longo do século XIX, a medicina buscava, através do discurso sobre a higiene e do controle e prevenção de doenças, gerir a vida da população em prol do estado-nação. Para alcançar esse objetivo, a medicina expandiu seu campo de atuação e passou a esquadrihar meticulosamente o espaço social criando categorias sobre o que poderia ser definido como normal ou patológico. Segundo Birman (2007), essa regulação biopolítica teve como consequência a produção de novas formas de subjetivação.

De acordo com Ortega e Zorzanelli (2010), em 1816 René Laënnec, médico francês, realizou um ato que marcou a história da medicina. Laënnec fez um canudo de papel e o colocou entre seu ouvido e o peito de um paciente, permitindo que ele ouvisse os sons internos do corpo. Tal ato culminou na criação do estetoscópio e se tornou alegoria dos desenvolvimentos técnicos que estariam por vir na ciência médica e na alteração na construção do diagnóstico na medicina. A partir de então, deu-se início à utilização de instrumentos para o exame físico do corpo na busca por sinais e evidências para a doença. No século XIX, o médico tornou-se um habilidoso diagnosticador embasado em seus sentidos altamente desenvolvidos e na utilização de instrumentos para realização do diagnóstico. O incremento de tecnologias de apoio gerou como consequência a diminuição da atenção dos médicos em relação aos aspectos subjetivos, ou seja, a busca por informações dadas diretamente pelo paciente, fonte até então primordial para entendimento do adoecimento. As informações obtidas por meios tecnológicos se tornaram mais valorizadas do que as narrativas

dos pacientes devido à sua suposta neutralidade e capacidade de revelação do interior do corpo sem a necessidade de mediações subjetivas.

A introdução do raio-x, no século XIX, trouxe consigo a valorização da visão em relação aos outros sentidos como o tato e a audição e, conseqüentemente, a valorização de tecnologias médicas visuais em detrimento de instrumentos como o estetoscópio e a utilização do tato no exame clínico para determinação da posição dos ossos e localização de objetos nos tecidos orgânicos. Surge, então, a definição da visão como ideal de objetividade, precisão e não mediação.

No que se refere às tecnologias de visualização cerebral, Ortega e Zorzanelli (2010) enfatizam o risco destas assumirem posição de verdade inquestionável. Os autores refletem de forma crítica como essas imagens, produzidas por exames como imageamento cerebral, vão gradualmente produzindo naquele que as vê a sensação de que a imagem do cérebro é a própria pessoa. Esses exames têm contribuído para a categorização dos sujeitos somente a partir de seu cérebro, desconsiderando o contexto velado por essas imagens. Esse contexto contribui para explicações fisicalistas que simplificam questões complexas, já que reduzem a doença a uma alteração cerebral e desconsideram variáveis não contempladas por um exame de visualização cerebral, como dados sociodemográficos, informações da história de vida do paciente e como este experimenta e percebe o processo de adoecer (Ortega & Zorzanelli, 2010).

Para avançar nessa discussão, é possível seguir os autores Conrad e Barker (2011), os quais se baseiam na abordagem construcionista social para investigar a doença e dividem seus achados em três temáticas: o significado cultural da doença, a experiência da doença como socialmente construída e o saber médico como socialmente construído. O construcionismo social pode ser definido como uma abordagem que tem um olhar voltado para a influência

cultural e social sobre fenômenos até então unicamente considerados como “naturais”. Os autores, fundamentados nos estudos de Eisenberg (1977), afirmam que uma abordagem construcionista social da doença se baseia na distinção conceitual entre enfermidade, que seria a condição biológica/orgânica, e a doença como significado social dessa enfermidade.

O construcionismo social da doença se contrapõe ao modelo biomédico ao dizer que as questões orgânicas e o significado e a forma com que o sujeito experimenta a doença sofrem variações de acordo com questões sociais e históricas. Em contrapartida, o modelo médico tradicional defende a ideia de que as enfermidades são universais e desconsideram qualquer influência do contexto social e cultural ao qual o sujeito pertence. Conrad e Barker (2011) criticam essa visão positivista de doença como apenas aquisição de uma enfermidade.

Na perspectiva construcionista social da doença, o impacto de um diagnóstico sobre o sujeito pode estar relacionado à conotação dada pela sociedade. Em alguns casos, o estigma associado à doença pode gerar mais desconforto do que a própria enfermidade. Conrad e Barker (2011) relatam que o conhecimento médico está vinculado ao contexto social a que pertence. Dessa forma, asseveram que uma enfermidade biológica é vista como tal através de uma interpretação social. Sendo assim – e quase como uma consequência imediata – os autores afirmam que em alguns momentos o conhecimento médico age de forma a manter a desigualdade social e reforça interesses da classe dominante.

A construção social da doença é uma ferramenta possível para entender como fatos cotidianos se tornaram casos médicos através do processo de medicalização. Na ótica do construcionismo social da doença, os fenômenos não são vistos como “naturais”, mas produzidos socialmente. Ao definir um comportamento considerado desviante como doença – o que costuma acontecer no caso da autolesão - o fenômeno passa a ser alvo da intervenção médica que deve diagnosticar, descobrir sua suposta etiologia orgânica e definir uma forma de

tratamento para que o sujeito passe a se enquadrar no modelo considerado ideal de comportamento.

Segundo Dunker (2014), existe uma tentativa, principalmente nas últimas décadas, de explicar os transtornos a partir de um déficit hormonal. Em 1958 a hipótese era de que a recaptura da noradrenalina explicaria o mecanismo da ansiedade. Essa hipótese foi ampliada em 1960 para a relação entre dopamina e esquizofrenia e para a serotonina e depressão em 1970. Depois, em 1980, ligando a endorfina aos circuitos de prazer. O autor demarca que todas essas teorias possuem a mesma matriz e relacionam os transtornos a alterações biológicas. É esse o terreno propício para que a medicação aparecesse como intervenção capaz de restabelecer a dita alteração do organismo.

Para ilustrar a visão medicalizante no que diz respeito ao tratamento da autolesão, é possível citar os estudos de Winchel e Stanley (1991), que relatam a ineficácia dos tratamentos psicológicos em casos de autolesão, já que estes se limitariam a compreender a experiência e história de vida do paciente. Eles justificam tal posicionamento em função do entendimento da autolesão como uma patologia orgânica que requer unicamente uma intervenção biológica. Os estudos de Winchel e Stanley (1991) ilustram a lógica medicalizante ao relacionarem a ocorrência de comportamentos autolesivos unicamente a alterações nos neurotransmissores serotoninérgicos, dopaminérgicos e opiáceos. Os autores sugerem que ensaios terapêuticos com antagonistas da dopamina, inibidores da recaptura de serotonina e antagonistas de opiáceos podem ser de grande valia para entender comportamentos de autolesão.

Ainda nessa visão medicalizante, Giusti (2013) assevera que a autolesão pode estar associada a várias alterações funcionais e neurobiológicas. Os principais sistemas ligados a esse comportamento seriam os serotoninérgicos, dopaminérgicos e opioides. A autora se

baseia em estudos realizados por Asberg e colaboradores (1976) que apontam a relação inversa entre comportamento impulsivo-agressivo, como a autolesão e a função do sistema serotoninérgico cerebral. Esses pesquisadores afirmam terem encontrado baixas concentrações do principal metabolito da serotonina - a saber, o 5-hydroxytryptamine (5-HIAA) - no líquido cefalorraquidiano de pacientes que haviam tentado suicídio e que praticavam a autolesão. Giusti (2013) sugere que os inibidores seletivos da receptação de serotonina são eficazes para diminuir práticas de autolesão em população com déficit cognitivo.

Ortega e Zorzanelli (2010) problematizam as explicações biologizantes recém-apresentadas. Os autores sugerem que há algo em comum nas explicações etiológicas na contemporaneidade, sejam explicações de vírus, problemas no sistema imunológico ou alteração no padrão de ativação do cérebro, todas parecem se fundamentar no reducionismo fisicalista para explicar um fenômeno complexo. De acordo com os autores, desde a década de 1980 as neurociências foram paulatinamente incluindo questões morais e sociais como tema de estudo e, conseqüentemente, essas questões tornaram-se neuropatologias. Ortega e Zorzanelli (2010) chamam atenção também para o processo de cerebralização da identidade que vem ocorrendo atualmente. Essa cerebralização se baseia na ideia medicalizante de que apenas o cérebro e seu funcionamento definem as propriedades pessoais dos sujeitos. Dessa forma, o cérebro é considerado o único órgão necessário para definir se uma pessoa seria "saudável" ou "doente". O processo de cerebralização se concentra apenas no signo, ou seja, na manifestação objetiva de uma doença, e desconsidera o sintoma que é uma manifestação subjetiva acessível a partir da escuta do sujeito.

Perrusi (2015) faz uma discussão sobre sofrimento e dor que não se baseia na presença ou não da alteridade, como proposto anteriormente por Birman (2012), mas a partir da

perspectiva ampliada ou reducionista que se tem sobre as angústias inerentes à vida do sujeito. Essa diferenciação realizada por Perrusi (2015) poderá ser útil para pensar a medicalização da autolesão. De acordo com o autor, a contemporaneidade traz consigo um novo tipo de individualismo, um individualismo de massa, que requer um tipo específico de psiquismo, novas maneiras de agir e de sentir. A reestruturação psíquica produz novas expressões do afeto e do sofrimento. Na contemporaneidade, a partir dessa leitura, o sujeito é o único responsável pelo seu destino e desempenho. “O fracasso da responsabilidade é individual. É defeito, deficiência, déficit e vira transtorno” (Perrusi, 2015, p. 148).

O individualismo de massa, típico da contemporaneidade, se articula com vários tipos de utilitarismo, sobretudo o do tipo hedonista. Esse individualismo se vincula a valores como sucesso, produtividade e eficiência e transforma o fracasso em sintoma do sofrimento. É esse o cenário que tornou a felicidade obrigação. É possível ilustrar esse imperativo pela felicidade através do seguinte relato obtido no *Facebook*: “Se eu me sentir mal me corto, alivia a dor e me dá mais tempo para fingir uma felicidade”. Outro relato diz: “Eu já me cortei e me corto pra tira a dor que eu sinto. Alivia a vontade de morrer e o fracasso da vida”, expressão que situa a dificuldade em lidar com o fracasso na sociedade contemporânea.

O utilitarismo do tipo hedonista colocou o prazer como objetivo da busca pela felicidade e transformou o sofrimento em algo intolerável. As instituições sociais como escola, família e igreja assumem, então, a responsabilidade de eliminar o sofrimento. Psiquiatras, médicos e outros profissionais da Saúde se colocam como expertises do sofrimento psíquico. Para Perrusi (2015), a captura do sofrimento psíquico pela biomedicina causou a redução do sofrimento à dor. Segundo o autor, a dor possui um sentido biológico que seria incapaz de simbolização ou construção de narrativa. Já o sofrimento constitui ou diz

respeito a um valor, possui um sentido moral e é capaz de construir uma narrativa, pois oferece sentido à dor. Nas palavras do autor,

Na subsunção do sofrimento à dor, não se escuta o doente, pois não se elabora sobre a dor – ouvem-se gritos, exclamações, gemidos, choro, ou simplesmente existe apenas o silêncio do sofrer de uma pessoa. Pois é a pessoa que narra o sofrimento e não o corpo biológico. Ao perceber apenas a dor, o profissional procura sinais, sintomas de um corpo doente, e não o sofrimento, o significado existencial produzido pela pessoa (Perrusi, 2015, p. 151).

Perrusi (2015) levanta dois mecanismos básicos que revelam como o sofrimento foi reduzido à dor. O primeiro mecanismo é etiológico: sofrimentos foram reduzidos a alterações nos neurotransmissores. Nessa perspectiva, sofrimentos como depressão, ansiedade e até mesmo a autolesão seriam um distúrbio físico causado pela alteração de um neurotransmissor e não uma expressão discursiva e de valor. O segundo mecanismo é a medicalização do sofrimento em que psicofármacos são alçados à cena principal do tratamento. Como exemplo, é possível citar a duloxetina, medicamento prescrito por psiquiatras, ortopedistas e outros profissionais para tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG), fibromialgia, dor neuropática diabética e estados de dor crônica associados à lombalgia e à osteoartrite do joelho (Investimentos e Notícias, 2016). Em 2004, quando a droga foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA), nos Estados Unidos, a revista *Veja* publicou no Brasil a seguinte mensagem: “Ninguém está mais condenado a viver refém da própria mente” (Veja, 2004, p.139). No mesmo ano a revista publicou outra reportagem dizendo que “um comprimido de duloxetina por dia seria suficiente para melhorar sintomas como ansiedade, pessimismo, sentimentos de culpa, pensamentos suicidas e choro fácil” (Veja, 2004, p.65).

Se o sofrimento é reduzido à dor e a dor seria causada por uma alteração biológica, o remédio aparece como único capaz de restabelecer a ordem orgânica, já que uma escuta

profunda sobre o processo de sofrer não alteraria os neurotransmissores. Assim, “pode-se dizer que, ao diminuir e eliminar os sintomas, os medicamentos eliminam ou diminuem a dor, mas não o sofrimento” (Perrusi, 2015, p. 153).

Esse cenário revela a importância de se pesquisar e refletir em uma perspectiva crítica sobre o tema da medicalização e a forma como ela impacta a sociedade ao reduzir um fenômeno complexo como a autolesão à apenas uma alteração cerebral. É possível notar que a medicina em sua vertente biologicista é a grande representante do discurso científico que tenta elucidar o que é próprio do ser humano através de bases neurofisiológicas e determinismos genéticos. De acordo com Perrusi (2015), o sofrimento psíquico foi transformado em transtornos mentais cunhados em valores biomédicos que promovem a naturalização e biologização do processo saúde-doença. Ainda de acordo com o autor, “é a crença na eficácia do tratamento medicamentoso que gera a legitimidade da naturalização do sofrimento. O resultado é a medicalização” (Perrusi, 2015, p.150).

Para Ortega e Zorzanelli (2010), as práticas de marcações corporais, como a autolesão, são muito complexas, não podendo ser explicadas por teorias totalizantes, mas apenas através de hipóteses localizadas sobre casos específicos de pessoas e grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como tema principal a medicalização da autolesão na sociedade contemporânea. Para o aprofundamento sobre a temática, foi necessário investigar as discontinuidades em relação à apreensão do corpo na modernidade e na contemporaneidade, já que o corpo que padece na modernidade não o faz da mesma forma atualmente. Além disso, buscou-se problematizar a medicalização da autolesão na medida em que foram identificadas diversas justificativas reducionistas que localizam apenas no organismo a causa da autolesão.

Para alcançar os objetivos propostos, inicialmente realizou-se uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. Posteriormente adotou-se o método netnográfico, pertencente ao ramo da etnografia, para o levantamento de relatos de autolesão em redes sociais, sem que fosse necessário contato direto com os usuários. O método netnográfico mostrou-se como uma ferramenta útil para entender a autolesão a partir da perspectiva do próprio sujeito que vivencia o fenômeno. Essa abordagem, então, privilegia narrativas históricas contadas pelos próprios participantes das comunidades e páginas gerando o mínimo de impacto possível, já que os relatos estão publicamente postados nas redes sociais.

A revisão bibliográfica do tipo narrativa foi muito importante para refletir como as mudanças na concepção de corpo formaram um terreno propício para que a perspectiva que considera a autolesão como desvio tomasse ênfase. O corpo na modernidade, ao ser alvo da medicina dedicada a dissecação de cadáveres e estudo do cérebro, perdeu seu aspecto divino e passou a ser considerado como uma parte acessória e menos importante. Esse período, então, foi marcado pelo declínio da importância fornecida ao corpo e a ascensão do pensamento e do intelecto como valor central. Outra característica marcante da modernidade foi a valorização da vida privada, da interioridade e da introspecção que permitiam o sujeito

aprofundar o conhecimento da sua vida interior. Além disso, a modernidade era repleta de instituições relativamente estáveis nas quais o sujeito poderia se apoiar e se orientar sobre como ser e agir.

Entretanto, a contemporaneidade traz uma nova concepção de corpo e de sujeito. As instituições, que no período moderno eram relativamente estáveis, foram desconstruídas produzindo um sentimento de insegurança e dúvida no sujeito contemporâneo que encontrou como única saída ancorar-se em si mesmo. Daí a concepção de uma sociedade do espetáculo baseada no narcisismo e no cuidado excessivo com o próprio corpo com o intuito de obter *status* e poder. Ademais, o culto ao eu alavanca a importância fornecida ao olhar do outro que, na ausência das instituições fixas, é o único que pode legitimar as ações tomadas. Estar longe da atenção dos outros equivale atualmente a não existir.

Outras mudanças ocorridas na contemporaneidade foram a desvalorização dos pensadores e intelectuais e a banalização da política. Isso pode ser ilustrado através de relatos do atual presidente do Brasil incentivando que “a garotada”, nos termos dele, não se envolva com questões políticas. Outro exemplo é a redução de investimentos em Educação no Ensino Superior e Educação Básica e a descentralização de investimentos em faculdades de Filosofia e Sociologia, faculdades estas que promovem a crítica e a conscientização de questões sociais.

No decorrer da pesquisa, foi possível perceber um certo moralismo e saudosismo por parte de alguns autores em relação às mudanças ocorridas na modernidade para a contemporaneidade. Essa sensação surgiu após observar a constante declaração da frivolidade das aspirações contemporâneas, em enfáticas afirmações a respeito da degradação da arte e literatura em que os atuais artistas e escritores são considerados falsos e superficiais - e apenas os antigos sabiam produzir trabalhos profundos e enigmáticos - e o

marcante incomodo relacionado ao contexto sexual contemporâneo em que supostamente só haveria sexo fácil e vulgar. Esse tipo de posicionamento, por mais sutil que possa parecer, vem acompanhado de um cunho valorativo e traz como fundamento a busca por um estado anterior, tido como ideal e desmerece qualquer avanço ou mudança ocorrida no período atual. Além disso, foi possível notar a existência de pesquisas que buscam criar um perfil para identificar sujeitos propensos à autolesão. Esse tipo produção mais colabora para estigmatização da prática e do sujeito do que para a compreensão do fenômeno. A existência dessas pesquisas e outras de com cunho moralista e saudosista revela a necessidade um posicionamento crítico diante do reducionismo de um fenômeno complexo e contemporâneo.

Outro aspecto relevante refere-se à quase inexistência de estudos que buscam ampliar a visão sobre a autolesão. A maior parte da literatura sobre o tema o aborda de uma maneira descritiva e quantitativa. É possível que a discussão mais ampla sobre autolesão ocorra, muitas vezes, de maneira informal, haja vista a existência de um número considerável de *blogs*, páginas e reportagens sobre a prática. Entretanto, os meios de divulgação considerados como fontes científicas permanecem limitados devido ao baixo número de publicações brasileiras.

No que se refere ao tratamento da autolesão, duas modalidades encontradas na revisão bibliográfica do tipo narrativa valem ser mencionadas. A primeira é a redução de danos em que uma profissional da Saúde poderia fornecer instrumentos limpos e afiados para o sujeito se autolesionar, mas também discutiria com ele a respeito da quantidade, profundidade e quais locais são perigosos demais para realizar a autolesão. Essa estratégia pressupõe que o paciente vai se ferir de qualquer maneira e que a supervisão reduz os riscos inerentes a prática. Outro tratamento levantado, e que foi considerado mais eficaz, baseia-se na ideia

psicossocial e que considera as multifacetadas razões pelas quais ocorre o início da autolesão que, por isso, demandaria intervenções também multifacetadas. É importante ressaltar que esses dois tipos de tratamento se encontram ameaçados no Brasil, já que recentemente uma nova política nacional de drogas foi assinada abolindo a redução de danos e colocando em seu lugar a ideia de abstinência vinculada a uma concepção moralista e ditadora que impõe ao outro uma maneira específica de viver. Além disso, o tratamento psicossocial está ameaçado devido ao sucateamento e à falta de investimento em serviços de Saúde Mental e pela constante ampliação da perspectiva biologicista.

Existe uma tentativa, principalmente nas últimas décadas, de explicar os transtornos a partir de um *déficit* hormonal. Essas explicações possuem como matriz a redução da complexidade de um fenômeno apenas a alterações biológicas. No que se refere à autolesão, diversos estudos realizados localizam a etiologia da prática exclusivamente em alterações nos neurotransmissores serotoninérgicos, dopaminérgicos e opiáceos. Essas explicações são aceitas, pois o sofrimento foi reduzido a dor na sociedade contemporânea. A dor seria causada por uma alteração biológica onde o medicamento aparece como único capaz de restabelecer a ordem orgânica, já que, nessa perspectiva, a escuta sobre o processo de sofrer não alteraria os neurotransmissores.

A questão da autolesão tem aparecido não apenas nos consultórios clínicos, mas também no ambiente escolar. Os profissionais da Educação, diante da constatação da prática, podem recorrer a profissionais ditos especialistas, como o psicólogo, que os diga o que fazer e como agir diante dos casos de autolesão. O apelo aos especialistas pode contribuir para a culpabilização do sujeito e desresponsabilização da escola. Entretanto, é possível pensar esse apelo aos especialistas como um pedido de ajuda diante do desconhecido. É importante ressaltar que pode-se dar um contorno à angústia desses

profissionais sem atender à possível demanda medicalizante e reducionista. Os encaminhamentos para profissionais de Saúde, mesmo que inicialmente ocorram de forma não qualificada, podem contribuir para o início de uma articulação entre Saúde e Educação que caminhe para uma visão multifacetada do sujeito e valorize a função dos profissionais da Educação.

Como o objetivo de problematizar a visada medicalizante, foram levantados relatos sobre a autolesão em *blogs* e páginas do *Facebook*. Diante dos relatos encontrados, foi possível perceber a complexidade e diversidade de causas que podem contribuir para o início da prática. Essas causas podem ser observadas a partir de duas categorias de análise: eventos estressores e solidão/abandono. Em eventos estressores estão incluídos relatos de morte de entes queridos, situações de *bullying*, abuso sexual, entre outros eventos penosos. A categoria de análise solidão/abandono abrange narrativas de sujeitos que se queixam por se sentirem sozinhos, terem sido traídos, abandonados e rejeitados. A autolesão, nesses casos, pode funcionar como forma de expressar a angústia que não conseguiu ser compartilhada através de palavras. Na ausência das palavras, o próprio corpo pode se tornar um recurso alivia-dor.

Através dos relatos extraídos das redes sociais, percebeu-se duas funções da autolesão: “alívio” e “vício”. O “vício” surge a partir do comportamento repetitivo de se lesionar que acaba por se tornar um hábito incontrolável. Outros sujeitos relataram que a autolesão pode ter a função de aliviar sentimentos negativos. Entretanto, o alívio do sofrimento é passageiro e algumas adolescentes relatam o sentimento de culpa quando a sensação de “alívio” passa.

Na pesquisa realizada também notou-se a prevalência da autolesão no sexo feminino, como já vem sendo mencionado por alguns pesquisadores, indicando um recorte de gênero. Além disso, observou-se diversos relatos associando casos de abuso sexual ao início da

autolesão. Vale mencionar que o objetivo aqui não é afirmar que a maior ocorrência de autolesão em mulheres se deve aos casos de abuso sexual. Porém, o intuito é apontar que esses dados podem revelar peculiar incidência de angústia incidente no feminino e chamar atenção para casos de abuso físico, sexual, psicológicos e casos de feminicídios que ocorrem todos os dias no Brasil. Como limitação, a presente dissertação não conseguiu analisar essas informações, indicando a necessidade de estudos futuros que investiguem essa prevalência.

Em suma, o presente estudo possibilitou, através do levantamento de relatos em *blogs* e páginas do *Facebook*, ampliar a visão sobre a autolesão como um fenômeno complexo, ressaltando a importância do discurso daquele que vivencia a prática e a singularidade das razões na qual a autolesão ocorre. A redução do sofrimento à dor pode contribuir para a medicalização de práticas como a autolesão, pois a dor requer intervenções médicas, biológicas, orgânicas, enquanto o sofrimento possui um significado existencial produzido pelo próprio sujeito, é discurso que precisa ser escutado, acolhido. É esse contexto de explicações biológicas e reducionistas que revelam a necessidade de um posicionamento crítico frente à medicalização do sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Arcoverde, R.L. (2013). *Autolesão e Produção de Identidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Ariès, P. (1978). *A História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Athayde, C. et al. (2005). Crescer nos trópicos: uma odisséia na periferia. In: *Cabeça de porco*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Bauman, Z. (1990). Modernity and ambivalence. *Theory, Culture & Society*, 7(2-3), 143-169.
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24-34.
- Birman, J. (2005). A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15 (Suplemento), 11-16.
- Birman, J. (2006). A psicanálise e a crítica da modernidade. In: *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2007). Laços e desenlaces na contemporaneidade. *Jornal de psicanálise*, 40(72), 47-62.
- Birman, J. (2012). *Sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brandão Junior, P. M. C., & Canavêz, F. (2019). O corpo na contemporaneidade: notas preliminares sobre a prática de autolesão em adolescentes. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), 179-191.

- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Caulfield, M., 1985. Sexuality in human evolution: What is 'natural' in sex? *Feminist Studies*, 11: 343-363.
- Canavêz, F. (2015). A escola na contemporaneidade: uma análise crítica do bullying. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(2), 271-278.
- Carrera, F. (2012). Instagram no Facebook: uma reflexão sobre ethos, consumo e construção de subjetividade em sites de redes sociais. *Animus. Revista Interamericana de Comunicação Midiática*, 11(22).
- Carreiro, T. C. (2005). Corpo e contemporaneidade/Body and contemporaneity. *Psicologia em Revista*, 11(17), 62-76.
- Castro, L. R. (2002). A Infância e seus Destinos no Contemporâneo. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 8(11), 47-85.
- Catraca Livre (2018,02 de maio). Cléo Pires revela em qual parte do corpo ela já fez cirurgia plástica. Recuperado de < <https://catracalivre.com.br/geral/entretenimento/indicacao/cleo-pires-cirurgia-plastica/>>.
- Coelho, R. F. J. & Severiano, M. F. V. (2007). Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, 19 (1), 83-100.
- Coli, J. (2010). Ingres e as perversões do classicismo. In: J. Coli. *O corpo da liberdade: reflexões sobre a pintura do século XIX*. São Paulo: Cosac Naif, pp. 123-137.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 18: 209-232.
- Conrad, P.; Barker, K. K. (2011). A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. *Idéias*, 2(2), 185-210.

- Costa, A. (2003). *Tatuagem e Marcas Corporais: Atualizações do Sagrado*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Debord, G. (2003). A sociedade do espetáculo. Disponível em: www.eBooksBrasil.com
- Decotelli, K. M., Bohre, L. C. T., & Bicalho, P. P. G. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder—notas sobre clínica e política. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(2), 446-459.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A. & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In: D. De Leo, Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. & Schmidtke, A. (Ed). *Suicidal behaviour: theories and research findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Descartes, R. (2000). Discurso sobre o método (Pietro Nassetti, Trad.). São Paulo: Martin Claret. (Originalmente publicado em 1637).
- Diário Catarinense (2016, 21 de novembro). *Ausência de psicólogos na rede de ensino em SC agrava casos de automutilação na adolescência*. Recuperado de <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/estilo-de-vida/noticia/2016/11/ausencia-de-psicologos-na-rede-de-ensino-em-sc-agrava-casos-de-automutilacao-na-adolescencia-8424344.html>>.
- Duarte, B. N. (2010). Corpo da modernidade: Lugar da condenação e da salvação do indivíduo. *RBSE* 9(26), 532-579.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*. 47(87), 79-107.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134-140.
- Ferreira, G. D. S. (2017). *Entre cortes e amarrações: considerações psicanalíticas sobre Automutilação/Cutting na adolescência*. Monografia de graduação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

- Fortes, I. (2016). A automutilação e a dimensão da alteridade. In: J. Vilhena, & J. V. Novaes (Org.) *Que corpo é esse que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico*. (Vol. 1, ed. 1, pp.92-123). Curitiba: Appris.
- Foucault, M. (1963). *O nascimento da clínica (2a ed.)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984). O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2009). *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fragoso, S., Recuero, R., & Amaral, A. (2011). *Métodos de pesquisa para internet*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Garritano, E. J., & Sadala, G. (2009). O adolescente e a cultura do corpo na contemporaneidade. *Revista Inter Ação*, 34(2), 485-512.
- Ghafoor, S. (2008). Out of harm's way. *Nursing Standard*, 22(43), 61. doi: 10.1186/1753-2000-5-3.
- Giusti, J. S. (2013). Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Goethe, J. W. (1985). *Las tribulaciones del joven Werther*. México: Editorial Porrúa.
- Gomes, B. C. S. (2017). *Medicalização da infância na educação*. Monografia de graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, Brasil.
- Gomes, B. C. S. (2018). *Medicalização da infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi*. Monografia de especialização, Instituto de Psiquiatria - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

- Gonzales, A. H., & Bergstrom, L. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(2), 124-130.
- Guarido, R. (2015). A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. Organizadores Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa escolar – 2. Ed. – São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Inckle, K. (2010). At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury. *Creative Nursing*, 16(4), 160–165.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.
- Kozinets, Robert. V. (2014). *Netnografia: Realizando pesquisa etnográfica online*. Porto Alegre: Penso.
- Kremer, J. (2007). *Caminhando rumo ao consumo sustentável: uma investigação sobre a teoria declarada e as práticas das empresas no Brasil e no Reino Unido*. Tese de doutorado, Pontífca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Le Breton, D. (2008). *Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade* (M. Appenzeller, Trad.). Campinas: Papyrus. (Original publicado em 1999).
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25-40.

- Lemos, F. C. S. (2014). A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. *Psicol. esc.educ*, 18(3), 485-492.
- Lemos, F. C. S., Galindo, D., Rodrigues, R. V., & Aguiar, K. F. (2016). Cidades, corpos medicalizados e o biocapital: o mercado da saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(2), 187-194.
- Llosa, M. V. (2013). *A civilização do espetáculo: uma radiografia do nosso tempo e da nossa cultura* (I. Benedetti, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva (Originalmente publicado em 2012).
- Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo: Cultura Acadêmica. (Coleção PROPG Digital - UNESP). Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/109138>>.
- Macedo, J. L. S. D., Rosa, S. C., & Silva, M. G. (2011). Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 38(6), 387-391.
- Maciel Júnior, A. (2016). A potência do belo. In: J. Vilhena, & J. V. Novaes (Org.) *Que corpo é esse que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico*. (Vol. 1, ed. 1, pp. 25-50). Curitiba: Appris.
- Marciani J. A. (2002). *Reseña de la prostitución a través de la historia*. Peru: Cedro.
- Menninger, K. (1966). *Man against himself*. New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich Publishers. (Trabalho original publicado em 1938)
- Miranda, L. (2017). O campo as saúde entre a medicalização e a criatividade. In: *Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares*. EduFSCar.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 647-654. doi: 10.1590/S1413-73722006000300021.

- Nascimento, E. M. V., & Gonzales, R. C. F. (2015). Adolescência e contemporaneidade: algumas reflexões. In: Nascimento, E. M. V., & Gonzales, R. C. F. (Eds.), *De que se queixa o adolescente hoje: clínica psicanalítica e contemporaneidade* (pp. 37-59). Salvador, BA: EDUFBA.
- Neto, A. L., & Paulichi, J. (2012). Educação ambiental: método para a consolidação do desenvolvimento sustentável. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca*, 6(1), 4-29.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal Self-Injury: Definition and Classification. In: *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.9-18). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Nova Escola (2017, 05 de junho). Cutting: como lidar com uma criança que se automutila. Recuperado de <<https://novaescola.org.br/conteudo/4993/cutting-como-lidar-com-uma-crianca-que-se-automutila>>.
- Observador (2017, 06 de março). Cerca de 20% dos adolescentes já recorreu à auto-mutilação. Recuperado de < <https://observador.pt/2017/03/06/cerca-de-20-dos-adolescentes-ja-teve-comportamentos-autolesivos/>>.
- Oliveira, T. A. D; Araújo, M. A. (2016). *Automutilação do corpo entre adolescentes: um sintoma social ou alerta de transtorno mental?*. Monografia de graduação, Faculdade Bahiana de Medicina, Salvador, Brasil.
- O melhor do sul de minas (2017, 18 de março). *Automutilação afeta 20% dos adolescentes e pode estar associada a transtornos psiquiátricos*. Recuperado de <<http://www.omelhordosuldeminas.com/automutilacao-afeta-adolescentes/>>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. Recuperado em 16 de novembro, 2018, de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

Organização Mundial de Saúde. (2014). Relatório mundial sobre a prevenção da violência. São Paulo, SP: Fapesp.

Organização Mundial de Saúde. (2016). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Recuperado em 06 de março, 2019, de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/

Ortega, F; Zorzanelli, R. (2010). *Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

Pembroke, L. (2006). Limiting self harm. *Emergency Nurse*, 14(5), 8–10.

Perrusi, A. (2015). Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Social*, 27(1), 139-159.

Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T. & Crepet, P., et al. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*, 85(2), 97–104.

Pontalis, J. B. (2005). *Entre o sonho e a dor*. São Paulo: Ideias e Letras.

Purepeople (2017, 26 de maio). *Anitta faz desabafo sobre críticas por cirurgias plásticas: 'me sinto muito mal'*. Recuperado de < http://www.purepeople.com.br/noticia/anitta-lamentamemes-na-web-apos-cirurgias-e-diz-que-sofre-com-critica_a177824/1>.

R7 (2012, 16 de outubro). *Depressão em adolescentes pode levar à automutilação*. Recuperado de <<https://noticias.r7.com/saude/depressao-em-adolescentes-pode-levar-a-automutilacao-16102012>>.

- Reis, M. N. (2018). Automutilação: o encontro entre o real do sofrimento e o sofrimento real. *Polêm! ca*, 18(1), 050-067.
- Revista Marie Claire (2018, 11 de maio). *Luiza Possi: “Tomo antidepressivo e não tenho vergonha nenhuma disso”*. Recuperado de <<https://revistamarieclaire.globo.com/Celebridades/noticia/2018/05/luisa-poss-e-estranho-mudar-historia-fazer-algo-diferente-coisas-que-fiz-me-levaram-para-onde-estou.html>>.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20(2), v-vi.
- Santos, L. A. (2011). Corpo e cultura: cartografias da contemporaneidade. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 12(100), 49-64.
- Schneider, M. (2002). La souffrance psychique. In: Y. Michaud. *Qu'est-ce que la vie psychique?* Paris: Odile Jacob, pp. 141-155.
- Segato, R. L. (2013). *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez: territorio, soberanía y crímenes de segundo estado*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Sennett, R. (1999). *O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade* (Tradução: Lygia Araújo Watanabe). São Paulo: Companhia das Letras.
- Sibilia, P. (2003). Os diários íntimos na internet e a crise da interioridade psicológica. *XI encontro da Compós*.
- Sibilia, P. (2004). A vida como relato nos blogs: mutações no olhar introspectivo e retrospectivo na conformação do 'eu'. In *VIII Congresso luso-afro-brasileiro de ciências sociais*. Coimbra: set.
- Silva, E., Oliveira, H. M., & Silva, P. M. (2015). Consumismo, obsolescência programada e a qualidade de vida da sociedade moderna. *Educação Ambiental em Ação*, v. 53, Ano XIV.

- Silva, M. F. A., & Siqueira, A. C. (2017). O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura-RO. *Revista FAROL*, 3(3), 5-20.
- Simeon, D; Favazza, A. E. (2003). Self-injurious: Assessment and diagnosis. *Journal of counseling and development*, 81(4), 490-6.
- Simioni, A. R. (2017). *Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Sordi, B., & Moreira, A. C. G. (2016). A invenção da noção biológica de corpo e sofrimento psíquico de mulheres. In: J. Vilhena, & J. V. Novaes (Org.) *Que corpo é esse que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico*. (Vol. 1, ed. 1, pp. 51-62). Curitiba: Appris.
- Taylor, L. V. (Producer & Director). (2018). *Maris: Cura pela Ioga* [Filme]. Estados Unidos: Roco Films.
- Teixeira, D. P. (2006). *Intensidades corporais e subjetividades contemporâneas: uma reflexão sobre o movimento da body modification*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Teixeira, M. R., Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1933-1942.
- Terra (2014. 07 de maio). *Cutting: automutilação na adolescência é indício de tristeza*. Recuperado de <<https://www.terra.com.br/noticias/educacao/cutting-automutilacao-na-adolescencia-e-indicio-de-tristeza,698fa8d6b7cc5410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>.

- Turner, V. J. (2002). *Secret scars: uncovering and understanding the addiction of self-injury*. Center City, Minnesota: Hazelden.
- Velho, G. (1999). O estudo do comportamento desviante: a contribuição da Antropologia Social. In: *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Venturi, C., Barbosa, M., Pinheiro, T. (2006). Vergonha e adolescência. In: M. R. Cardoso (org.) *Adolescentes*. (ed. 1, pp. 109-123) São Paulo: Escuta.
- Verztman, J. (2014). Embaraço, humilhação e transparência psíquica: o tímido e sua dependência do olhar. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(SPE), 127-140.
- Winchel, R. M.; Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American journal of psychiatry*, 148(3), 205-306.
- Zinoviev, D., Stefanescu, D., Fireman, G., & Swenson, L. (2016). Semantic networks of interests in online non-suicidal self-injury communities. *Digital health*, 2(14), doi: 10.1177/2055207616642118.
- Zorzanelli, R. T; Ortega, F. (2011). F. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*, 23(n.spe.), 30-36.

ANEXO A

CATEGORIAS DE ANÁLISE	TRECHOS DE RELATOS
Felicidade como obrigação	<p>“Se eu me sentir mal me corto, alivia a dor e me dá mais tempo para fingir uma felicidade”.</p> <p>“Eu já me cortei e me corto pra tira a dor que eu sinto. Alivia a vontade de morrer e o fracasso da vida”.</p>
Vergonha	<p>“Por não querer que as pessoas me verem chorando, por não querer que as pessoas me julguem mais do que me julgam talvez isso faça eu muitas vezes me cortar”.</p> <p>“Já me cortei várias vezes, por causa da solidão por não ser levado a sério e ser humilhado em público”.</p>
Solidão	<p>“Me corto quando ninguém sente minha falta e nem fala comigo”.</p> <p>“As pessoas que se julgavam melhores amigos sao os primeiro a apunhalar pelas costas”.</p> <p>“Já me cortei várias vezes , por causa da solidão por não ser levado a sério e ser humilhado em público . Por ser excluído de tudo e de todos”.</p>

Eventos estressores	<p>"Pq minha mãe morreu".</p> <p>"A minha mãe, ela também cheira, e me faz chantagens do tipo "se você não fizer isso, vou falar daquilo pra seu pai, ele vai te matar". E outra, sou abusada por meu padrinho. enfim, só queria dizer que as pessoas deveriam primeiro saber o que nós que nos mutilamos passamos".</p> <p>"Motivos? Ah, bullying durante toda minha vida escolar. Dois assédios e um estupro. O estuprador? Meu pai. Quantos anos eu tinha? Nove anos, fui estuprada com nove anos de idade".</p> <p>"Já sofri bullying na escola quando mais nova, por causa do meu cabelo ser enrolado e armado demais meus colegas ficavam me zoando e fazendo brincadeiras desagradáveis, até me colocaram apelido, que era 'Vaca Branca' ".</p>
Alívio	<p>"Minha paz, meu alívio".</p> <p>"Um alívio pras minhas tristezas".</p> <p>"eu ja me cortei e me corto pra tira a dor que sinto alivia a vontade de morrer o fracasso da vida alivia tudo a alma fica leve a dor no peito acaba".</p>
Vício	<p>"Quem faz sabe que é um vício que muitas não consegue parar".</p> <p>"Ao longo do tempo isso foi virando um hobby um vício que agr n consigo controlar".</p>
Culpa	<p>"A autolesão aliviou, mas também me fez descobrir a culpa".</p> <p>"Quando faço é um alívio e ao acordar de manhã eu sinto aquela dor, começo a sentir culpa e prometo a mim mesma que nunca irei fazer mais isso".</p>

<p>Abuso sexual</p>	<p>“comecei a me cortar aos 9 anos, as pessoas não sabe o principal motivo, disso acontecer, bom no meu caso aos meus 5 aninhos de idade, eu fui abusada sexualmente pelo meu padrinho/tio”</p> <p>“Há dois anos atrás passei por um relacionamento super abusivo, fui torturada, humilhada, espancada, abusada psicologica e sexualmente”</p> <p>“fui estuprada com nove anos de idade”</p> <p>“sou abusada por meu padrinho”.</p>
<p>Disfarçando a autolesão</p>	<p>“Meus pais nunca perceberam pq usava muitas pulseiras e camiseta de manga longa”.</p> <p>“Eu me corto. Mas não muito nos braços pois alguém pode ver. Minhas costas e pernas estão cheias de cortes”.</p> <p>“Tenho que disfarçar, usar blusas de frio no calor e fingir sorrisos”.</p>

ANEXO B



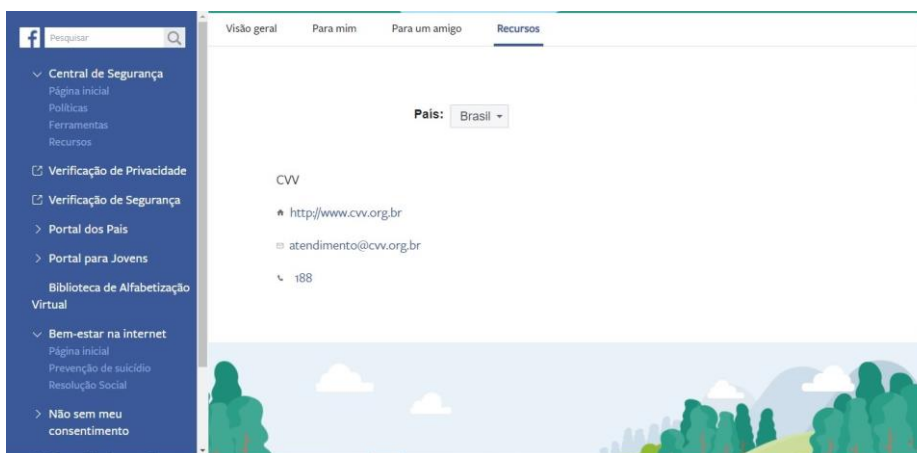
Podemos ajudar?

Se você ou alguém que você conhece estiver passando por um momento difícil, nós gostaríamos de ajudar.

Obter apoio para si mesmo

Obter apoio para um amigo

Saiba mais sobre conectar pessoas a recursos de apoio.



ANEXO C

