

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DAYSE MARINHO MARTINS

**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA COM PESSOAS QUE SE AUTOLESIONAM
NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA DO NPA/UFMA.**



São Luís
2019

DAYSE MARINHO MARTINS

**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA COM PESSOAS QUE SE AUTOLESIONAM
NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA DO NPA/UFMA.**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para obtenção do grau de Psicóloga.

Orientador (a): Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

MARTINS, Dayse Marinho.

UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA COM PESSOAS QUE SE
AUTOLESIONAM NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA DO NPA/UFMA / Dayse
Marinho MARTINS. - 2019.

74 f.

Orientador(a): Jean Marlos Pinheiro BORBA.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Autolesão. 2. Fenomenologia. 3. Psicologia
Clínica. I. BORBA, Jean Marlos Pinheiro. II. Título.

DAYSE MARINHO MARTINS

**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA COM PESSOAS QUE SE AUTOLESIONAM
NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA DO NPA/UFMA.**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para obtenção do grau de Psicóloga.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba (Orientador)

Doutor em Psicologia Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Carlos Santos Leal

Doutor em Educação, Arte e História da Cultura/ Universidade Presbiteriana
Mackenzie (MACKENZIE)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Ma. Lidiane Verônica Collares da Silva

Mestra em Psicologia/ Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

À minha família

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a meus pais, Humberto (*in memorian*) e Vasti, pelo apoio sem medida; ao meu irmão Dyêgo, agora na companhia da minha cunhada Priscyla e do meu sobrinho Álvaro, pelas aprendizagens compartilhadas na academia e na vida. Ao meu companheiro Márcio Eduardo por compartilhar de minha trajetória acadêmica desde 2002.

Ao Prof. Dr. Jean Marlos Pinheiro Borba, meu orientador, supervisor, mestre exemplar que a mim dedicou confiança e atenção, bem como, valorosa contribuição na pesquisa, em minha formação pessoal e atuação como psicóloga.

Ao Curso de Graduação em Psicologia, pela oportunidade e enriquecimento cultural de uma proposta formativa que proporcionou meu amadurecimento não apenas profissional no campo da Psicologia, mas no campo pessoal, suscitando descobertas, angústias e reflexões, assim como a abertura à percepção de minhas possibilidades na relação com o mundo da vida.

Aos professores do Departamento de Psicologia, pela admiração aos profissionais que são, com especial apreço à Prof^a Catarina Malcher e ao Prof. Carlos Leal pela afetividade na relação professor-aluno.

Aos membros da banca examinadora, pela gentileza de aceitar o convite para compor a banca de defesa desta monografia, possibilitando enriquecer a pesquisa.

Aos colegas de curso das turmas 2015.1 e 2015.2 bem como da ênfase em Processos clínicos e saúde nas quais estive presente, pela partilha de experiências, e admiração à minha trajetória, em especial a Carlos André Jardim (pela acolhida no 1º Período e afetos trocados durante o curso), Karoline Magalhães, Lucielle Oliveira, Elias Ribeiro, Caroline Dias, Thamyres Ayres, Andressa Pinheiro sempre presentes nos trabalhos em grupo e no compartilhamento de vivências pessoais.

Ao NPA enquanto campo vivencial da clínica fenomenológica nos estágios específicos, gratidão pela receptividade em um contexto de formação essencial à profissionalização.

Às pessoas atendidas que suscitaram todas as reflexões realizadas nesta pesquisa e fortaleceram os pilares formativos à minha prática profissional em Psicologia Clínica.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram em algum momento para a plena execução desta pesquisa. Muito obrigada.

“Eu existo, e tudo o que não sou eu, é um mero fenómeno que se dissolve em ligações fenomenais.”

Edmund Husserl

RESUMO

Estudo sobre a escuta em psicoterapia com pessoas que se autolesionam, tendo como campo intencional de pesquisa, o Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Maranhão (NPA/ UFMA). Para tanto, objetivou apresentar uma abordagem humanizada na escuta de pessoas que se autolesionam, ressignificando a compreensão sobre autolesão na Psicologia Clínica. O estudo se fundamentou na Fenomenologia de Edmund Husserl com base nos conceitos de mundo-da-vida, corporeidade, entropatia e intersubjetividade. A pesquisa é qualitativa, norteada pelo método fenomenológico. Englobou pesquisa bibliográfica sobre a atual produção científica em Psicologia no Brasil nos últimos 20 anos acerca da autolesão com levantamento no Portal de Periódicos da CAPES. De modo complementar, foi realizada pesquisa documental com a legislação que regulamenta as práticas de enfrentamento à autolesão no sistema de saúde brasileiro, por meio do aplicativo *Planalto Legis* da Casa Civil da Presidência da República. A contextualização da análise foi realizada a partir da perspectiva fenomenológica, com o relato de vivências na clínica, no atendimento a pessoas que se autolesionam, ressaltando os aspectos que me mobilizaram enquanto psicoterapeuta e os sentimentos de medo, angústia, satisfação profissional e aceitação. A proposta não caracteriza um manual de práticas interventivas na clínica com pessoas que se autolesionam, mas o aprofundamento dos estudos sobre a escuta clínica fenomenológica sem apriorismos, a partir da vivência do outro em sua relação com o corpo. A pesquisa problematiza a autolesão no cerne dos processos de constituição da subjetividade na contemporaneidade apresentando concepções sobre autolesão e modos de enfrentamento à questão nas políticas de saúde. O estudo evidenciou a atitude fenomenológica por meio da escuta norteada pelo diálogo intersubjetivo via entropatia, na prática de compreensão e suspensão dos *aprioris* para acesso aos fenômenos evidenciados pela pessoa atendida.

Palavras-chave: Psicologia Clínica. Fenomenologia. Autolesão.

ABSTRACT

Study about listening in psychotherapy with self-injured people, having as intentional field of research, the Center of Applied Psychology of the Federal University of Maranhão (NPA / UFMA). To this end, it aimed to present a humanized approach in listening to self-injurious people, re-signifying the understanding of self-injury in clinical psychology. The study was based on Edmund Husserl's Phenomenology based on the concepts of life-world, corporeality, empathy and intersubjectivity. The research is qualitative, guided by the phenomenological method. It has included bibliographical research on the current scientific production in Psychology in Brazil over the last 20 years about self-harm with survey in the CAPES Journal Portal. In a complementary way, a documentary research was carried out with the legislation that regulates the self-harm coping practices in the Brazilian health system, through the Planalto Legis application of the Civil House of the Presidency of the Republic. The contextualization of the analysis was performed from the phenomenological perspective, with the report of experiences in the clinic, in attending to self-injured people, highlighting the aspects that mobilized me as a psychotherapist and the feelings of fear, anguish, job satisfaction and acceptance. The proposal does not characterize a manual of interventional practices in the clinic with self-injured people, but the deepening of studies on the phenomenological clinical listening without any priorities, based on the experience of the other in their relationship with the body. The research problematizes self-harm at the heart of the processes of constitution of subjectivity in contemporary times presenting conceptions about self-injury and ways of coping with the issue in health policies. The study showed the phenomenological attitude through listening guided by intersubjective dialogue via empathy, in the practice of understanding and suspension of the aprioris to access the phenomena evidenced by the person attended.

Keywords: Clinical Psychology. Phenomenology. Self-harm.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCH	Centro de Ciências Humanas
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IMESC	Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NPA	Núcleo de Psicologia Aplicada
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	p.
Figura 1 – Seleção de estudos sobre autolesão e automutilação	17
Quadro 1 – Categorias de artigos sobre autolesão e automutilação	18
Quadro 2 – Quantidade de estudos por categorias de análise	18
Figura 2 – Notícia sobre “Baleia Azul”	23
Figura 3 – Notícia sobre automutilação no Brasil	24
Figura 4 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016	27
Figura 5 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Maranhão, 2011 a 2017	28
Figura 6 – Características socioeconômicas dos casos notificados de lesão autoprovocada entre 2011 e 2016	29
Figura 7 – Distribuição por região no Maranhão, dos casos notificados de lesão autoprovocada entre 2011 e 2016	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	PERCEPÇÕES SOBRE AUTOLESÃO EM SAÚDE MENTAL	15
2.1	Estado da Arte sobre autolesão na Pesquisa em Psicologia no Brasil	16
2.2	A autolesão no <i>corpus</i> das Políticas Públicas de saúde no Brasil	23
2.3	Por uma resignificação do olhar sobre a autolesão na Psicologia	33
3	UMA FENOMENOLOGIA DO CORPO EM HUSSERL NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA	36
3.1	Husserl e a Fenomenologia	37
3.2	Corpo e Corporeidade em Husserl	41
4	METODOLOGIA	47
5	DISCUSSÃO	50
5.1	O campo das vivências em Clínica fenomenológica	52
5.2	Entropatia e intersubjetividade na clínica fenomenológica	54
5.3	Percepções sobre o atendimento a pessoas que se autolesionam na clínica fenomenológica	57
6	RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXO A – Ficha de Notificação de Violência interpessoal / autoprovocada ..	73

1 INTRODUÇÃO

O termo clínica tem origem no vocábulo grego “*kliné*” que significa leito, remetendo à atividade médica à cabeceira do doente na busca de um diagnóstico, um prognóstico e um tratamento (DORON & PAROT, 1998). Tal concepção norteia historicamente o fazer da Psicologia, tornando-a herdeira do modelo médico a partir das ciências naturais que a caracterizaram enquanto fazer científico, cabendo-lhe observar, analisar, intervir, remediar os sujeitos nos aspectos relacionados à saúde mental.

Porém, o espaço clínico em Psicologia fomenta o contato com modos de subjetivação que refletem aspectos sociais. Na era da globalização, a subjetividade na clínica tem demonstrado como o controle social, numa perspectiva de rede, gerencia as formas de existência das pessoas atendidas. Tal conjuntura demonstra um processo de interpenetração entre saberes, ideologias e práticas que configuram padrões a serem alcançados pelos sujeitos na garantia de satisfação permanente e os fragiliza diante do sofrimento.

Uma das formas de sofrimento evidenciadas no contexto da clínica psicológica contemporânea é a autolesão, caracterizada pela prática de gerar em si mesmo, ferimentos, leves ou moderados, de forma deliberada, mas sem intenção suicida. As pesquisas acerca desse fenômeno refletem interpretações embasadas no saber médico psiquiátrico, numa concepção natural do corpo na contemporaneidade.

Sendo o fazer psicológico pautado em concepções teóricas e metodológicas que se refletem na postura profissional diante do sofrimento do sujeito, objetivo realizar por meio desta pesquisa, uma fenomenologia da escuta com pessoas que se autolesionam. Para tanto, adoto como fundamento, a fenomenologia quanto ao método investigativo e à postura clínica em psicoterapia.

Assim, a proposta não caracteriza um manual de práticas interventivas na clínica psicológica com pessoas que se autolesionam, mas o aprofundamento dos estudos sobre a escuta clínica fenomenológica sem apriorismos, a partir da vivência do outro em sua relação com o corpo. Trata-se de uma atitude fenomenológica em termos de postura, visão de homem e de mundo aliada ao método investigativo voltado para as estruturas essenciais do fenômeno, de um modo compreensivo,

desvelando sentidos que seriam encobertos na perspectiva tecnicista de corpo conforme as ciências naturais.

A prática de autolesão tem sido evidenciada em diversos contextos sociais na contemporaneidade, ganhando destaque no cotidiano de instituições como a escola, sendo objeto retratado pela mídia. Nessa conjuntura, a literatura científica aponta para a predominância em pesquisas, da interpretação técnico/objetiva da autolesão, fundamentada no saber médico da Psiquiatria. A percepção tecnicista acerca do corpo o caracteriza como objeto produtor de capital e passível de intervenções, remetendo a uma herança do pensamento cartesiano dual corpo/máquina.

O mundo contemporâneo favorece a percepção do corpo enquanto uma mercadoria, ou seja, um objeto que pode ser reparado, concertado e, quiçá, comprado. Contudo, na Fenomenologia o corpo não é percebido como algo a ser classificado, mas sim, compreendido como expressão do ser.

Considerando a complexidade do tema, busco perceber como a produção científica brasileira tem abordado a autolesão na perspectiva das ciências naturais. Com base na Fenomenologia, compreendo o corpo enquanto entidade que experiencia o mundo não estando apartado deste e articulo uma reflexão sobre a autolesão enquanto fenômeno que encontra “terreno” para se manifestar de forma mais acentuada na contemporaneidade.

O referencial fenomenológico suscita a ressignificação da concepção de clínica psicológica, a partir do rompimento com a percepção de uma atuação individualizante fundada na naturalização. O debate amplia as possibilidades de compreensão da intervenção considerando a diversidade de contextos e de sujeitos no cenário da contemporaneidade marcado pela técnica na resolução de questões.

A clínica fenomenológica, portanto, se destaca enquanto terapia vivencial com base no pressuposto de que cada pessoa é um ser único e imprevisível. Portanto, criar um método psicoterápico constitui coisificar o humano, tornando-o objeto e negando suas possibilidades. A atitude fenomenológica na clínica evidencia a abertura de possibilidades pela pessoa atendida, sem roteiro pré-determinado, compreendendo-se o fenômeno tal como ele se apresenta. Para além de um conjunto de técnicas, caracteriza uma atitude com o ser humano, suscitando uma existência autêntica. Nessa perspectiva, a saúde perpassa pelo sentido existencial, que consiste em enxergar-se como realmente se é, com potencialidades e limitações e aprendendo a lidar com as próprias escolhas.

Tomando como pressuposto o rigor da Fenomenologia em Edmund Husserl (1859 – 1938), esta pesquisa não se fundamenta em hipóteses, pois parte da suspensão dos *apriorés* a fim de perceber o fenômeno tal qual ele se desvela à consciência. Com base nos aspectos evidenciados, busco compreender enquanto questão norteadora como a escuta fenomenológica me mobiliza enquanto terapeuta na relação entropática com a pessoa que se autolesiona, a partir da intersubjetividade. Trata-se de perceber como ocorre o acolhimento à pessoa atendida numa postura compreensiva que supere o julgamento e o enquadre do referencial psiquiátrico, levando em conta a escuta de suas vivências, ampliando a abertura para que o sujeito perceba suas possibilidades na relação com o mundo da vida.

Dessa forma, percebo a importância da relação psicoterapeuta-cliente: um encontro marcado pela expectativa quanto ao enfrentamento de problemas. A pessoa atendida, fragilizada em meio às suas vivências; o terapeuta, perante o desconhecido buscando gerar um vínculo. Um contexto no qual se mostra essencial, a interação voltada para redução da ansiedade, estímulo ao autoconhecimento e o senso de valorização, uma vez que mediante a narrativa da pessoa atendida, novas demandas comparecem.

Pela Fenomenologia, a linguagem possui lugar privilegiado: se destaca na medida em que permite entrar em contato com a expressividade do outro, o acesso à experiência, à existência. Ao emergir, o sentimento representado pela linguagem, revela consigo o contexto situacional. Na revelação do contexto, há um movimento indagador em afastamento a uma visão estanque da subjetividade humana.

O interesse pela temática surgiu a partir das vivências no Estágio Específico em Psicologia Clínica Fenomenológica, na prática de atendimento do Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Maranhão (NPA/UFMA). Nesse processo, realizei no período de agosto de 2018 a julho de 2019, o atendimento de pessoas que se autolesionam e percebi o cuidado a ser adotado com os apriorismos para que não compareçam no diálogo clínico.

Ao buscar uma fenomenologia da escuta de pessoas que se autolesionam, me pautei em perceber os modos e as estruturas da abordagem sobre autolesão na Psicologia clínica para posteriormente, descrever os sentidos dos conceitos de mundo-da-vida e corporeidade na Psicologia fenomenológica de Edmund Husserl. Nesse sentido, me destinei a apresentar a interação psicoterapeuta-cliente na clínica

fenomenológica sobre autolesão numa relação de entropatia a partir da intersubjetividade.

Assim, considero os fundamentos da Fenomenologia Husserliana. As vivências serão norteadas, portanto, pela atitude e pelo método fenomenológico.

A investigação sobre uma fenomenologia da escuta com pessoas que se autolesionam na clínica em psicologia do NPA/UFMA contempla, na sua dinâmica expositiva, cinco seções. Cada uma delas aborda um conteúdo próprio que se relaciona com os demais, permitindo a associação dos elementos teórico-metodológicos com os aspectos evidenciados na experiência de pesquisa.

A seção *PERCEPÇÕES SOBRE AUTOLESÃO EM SAÚDE MENTAL* apresenta a constituição histórica do fenômeno da autolesão nas pesquisas em Psicologia Clínica no Brasil, bem como, sua abordagem no campo das políticas públicas de saúde. Com base nesse panorama, proponho a possibilidade de ressignificação do olhar sobre a autolesão no atendimento psicológico.

A seção *UMA FENOMENOLOGIA DO CORPO EM HUSSERL NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA* enfoca a discussão sobre a Fenomenologia proposta por Edmund Husserl enquanto desnaturalização dos fenômenos humanos. Com isso, evidencio a discussão sobre corpo e corporeidade em Husserl para ampliação do entendimento sobre autolesão.

O estudo prossegue com a seção *METODOLOGIA* esclarecendo as etapas da pesquisa e sua vinculação com o paradigma fenomenológico. Em seguida, a seção *DISCUSSÃO* tematiza a relação entre Entropatia e intersubjetividade na clínica fenomenológica e prossegue apresentando as percepções sobre o atendimento a pessoas que se autolesionam na clínica fenomenológica.

Finalizando o estudo, na seção *RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS* realizo reflexões sobre o atendimento a pessoas que se autolesionam, considerando a clínica fenomenológica. Além disso, registro aspectos a serem evidenciados na ampliação do estudo sobre o tema.

Por meio da pesquisa, pretendo contribuir sobre a compreensão da autolesão no contexto da clínica em Psicologia, enfocando um diálogo que supere o cunho eminentemente naturalizante. Proponho uma noção diferenciada dos modelos estabelecidos quanto ao estudo do tema, de modo a ampliar a percepção do corpo enquanto totalidade concreta e encarnada do Ser (humano), num movimento de busca do bem estar, habitando o mundo.

2 PERCEPÇÕES SOBRE AUTOLESÃO EM SAÚDE MENTAL

A produção literária do século XXI em periódicos científicos apresenta a autolesão enquanto fenômeno retratado em relatos de casos clínicos nos estudos de Nucci e Dalgalarrodo (2000), Diniz e Krelling (2006), Goi e Scharlau (2007), Teixeira, Meneguette e Dalgalarrodo (2012), evidenciando a relevância de discussões sobre o tema. Os estudos apresentam a autolesão enquanto fenômeno crescente na atualidade, iniciando no período da adolescência com desdobramentos em danos psicossociais (REIS, 2018).

A questão consta na BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (2015) retratada no descritor automutilação enquanto “ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo”. Por sua vez, Thyssen e Camp (2014) ressaltam a autolesão enquanto tema escasso na literatura científica e ao mesmo tempo, tabu: as pessoas que se autolesionam resistem à busca de ajuda profissional e, quando procuram, relatam outros transtornos e por vezes, omitem que os ferimentos foram auto infligidos, gerando ausência de dados ou classificações equivocadas sob a forma de tentativas de suicídio.

O DSM 5 define a autolesão enquanto comportamento não suicida, repetido pelo indivíduo ao infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. A autolesão é situada como estratégia de redução de emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura: autopunição acompanhada de sensação imediata de alívio emocional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O dispositivo classificatório da Psiquiatria estabelece critérios para o diagnóstico de autolesão. Deve ser considerado se no último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional auto infligido à superfície do seu corpo, induzindo sangramento, contusão ou dor. Se para tanto, fez uso de estratégias como cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente, com a expectativa de um dano físico menor ou moderado sem intenção suicida.

A autolesão é um comportamento não aprovado socialmente, pela associação a atos simbólicos vinculados ao suicídio, diferente de práticas como piercing corporal, tatuagem, e escarificação, comuns em rituais religiosos ou culturais que objetivam comunicar identidade, status, crença ou valores (SANTOS et al, 2018).

Conforme o DSM-5, a autolesão intencional está associada a fatores tais como: dificuldades interpessoais, sentimentos ou pensamentos negativos, depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia ou autocrítica. Cabe perceber, se o indivíduo se autolesiona considerando enquanto expectativas: obter alívio de um estado de sentimento negativo ou resolver dificuldades interpessoais. Cedaro e Nascimento (2013, p. 206) afirmam que a principal distinção entre suicídio e autolesão é que: “uma pessoa que tenta suicídio procura acabar com todos os sentimentos, mas uma pessoa que se autolesiona procura se sentir melhor”.

O breve panorama da produção científica sobre autolesão demonstra inserção no campo da psicopatologia pautada no saber médico. Há preocupação em classificar, definir, enquadrar, associar o fenômeno a variáveis, subsidiando o diagnóstico. A autolesão é percebida como comportamento de caráter objetivo, biológico e obedecendo a classificações nosológicas. Tais interpretações reduzem as possibilidades de compreensão do fenômeno e de acordo com Araujo et al (2016): “ao tratarmos a autolesão como um sintoma no âmbito médico ou psiquiátrico, corremos o risco de silenciar o que essas práticas auto agressivas podem estar tentando comunicar”.

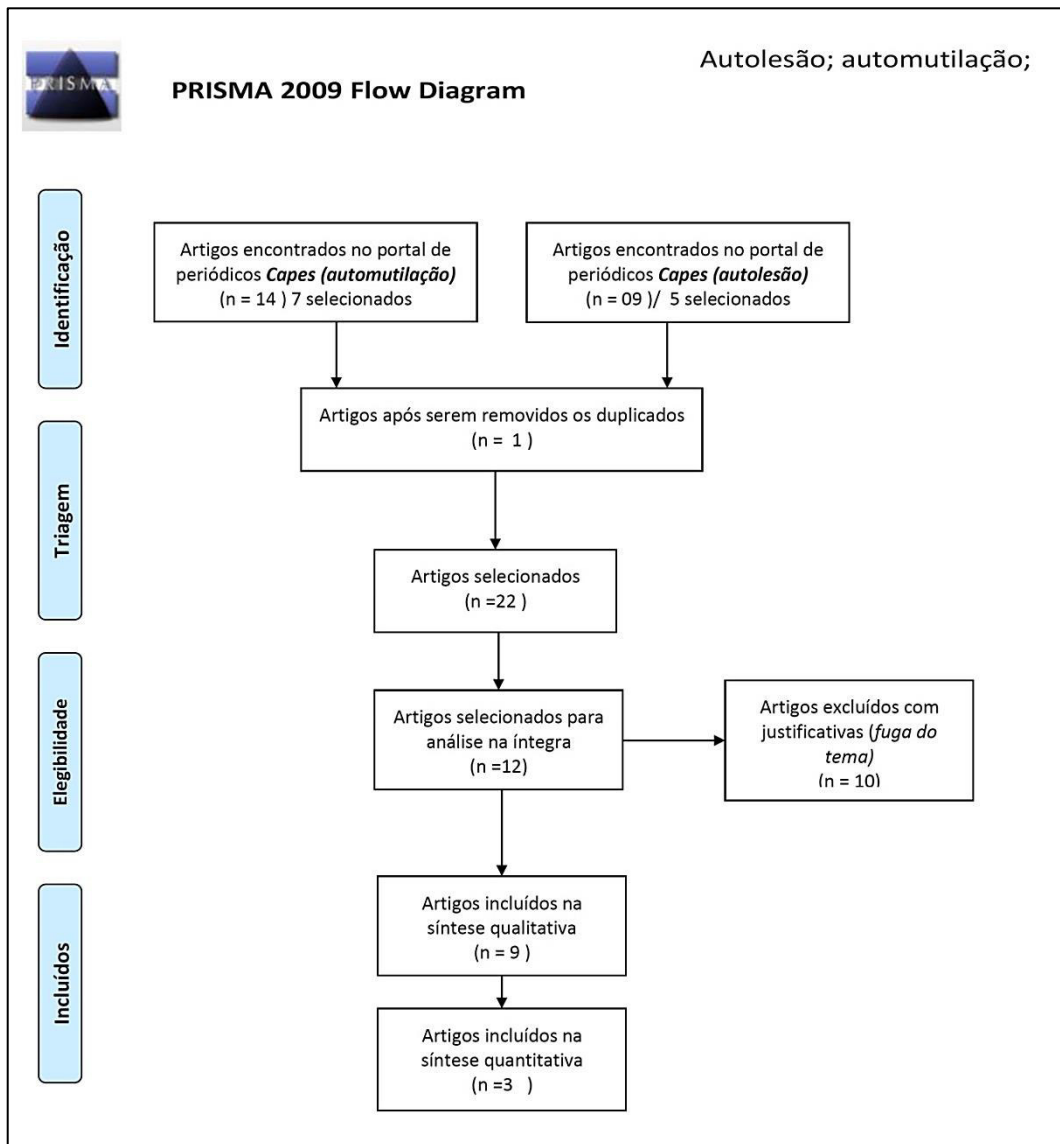
Cabe perceber, portanto, como o fenômeno da autolesão tem sido retratado no âmbito das pesquisas acadêmicas no Brasil. A partir desse cenário, é possível evidenciar as formas de enfrentamento da questão em termos de saúde pública.

2.1 Estado da Arte sobre autolesão na Pesquisa em Psicologia no Brasil

Torna-se essencial, nessa conjuntura, a realização de pesquisas que abordem a percepção sobre a autolesão. Assim, cabe considerar a produção científica brasileira, caracterizando o estado da arte das pesquisas sobre o tema a fim de que se perceba a concepção que norteia a compreensão desse fenômeno no âmbito da saúde mental. Para tanto, realizei nesta pesquisa, revisão da literatura especializada sobre o tema, com levantamento de publicações dos últimos 20 anos, buscando identificar artigos em Língua Portuguesa, indexados acerca do tema. A coleta de dados ocorreu em agosto de 2019, com levantamento na base digital da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com periódicos indexados entre 1999 e 2019.

Na busca, utilizei os descritores *autolesão* e *automutilação*. Foram excluídos artigos com fuga ao tema, ou seja, não relacionados ao aspecto da saúde mental, como por exemplo, abordagens sobre enfermagem e segurança no trabalho em ambiente hospitalar; sendo incluídos somente, estudos publicados em Língua Portuguesa e produzidos no Brasil.

Figura 1 – Seleção de estudos sobre autolesão e automutilação.



Fonte: Elaborada pela autora, conforme levantamento bibliográfico no portal de periódico da CAPES.

Após observar a presença dos descritores no resumo dos artigos, selecionei os estudos para fins de categorização e realizei a leitura dos artigos na íntegra. Na organização dos dados, descrevi o nome da instituição, ano, autor, tipo de estudo,

categorias definidas para análise e resumo. Em seguida, procedi à análise de cada estudo.

Com a leitura dos artigos, delimiti as seguintes categorias de investigações de estudos: (1) Teóricos; (2) Aplicados:

Quadro 1 – Categorias de artigos sobre autolesão e automutilação

Categoria	Definição
(1) Teóricos	Levantamentos das formulações conceituais sobre autolesão e automutilação.
(2) Aplicados	Pesquisas aplicadas com índices e práticas sobre autolesão e automutilação.

Fonte: Elaborada pela autora, conforme levantamento bibliográfico no portal de periódico da CAPES.

A partir da elaboração da síntese das pesquisas selecionadas, realizo a descrição do material selecionado, analisando as peculiaridades dos artigos, tais como o tipo de pesquisa desenvolvida em cada um deles e a discussão empreendida sobre autolesão e automutilação. Do número inicial de 23 artigos, mediante os critérios de seleção, restaram 12 para a leitura integral, assim categorizados:

Quadro 2 – Quantidade de estudos por categorias de análise

Categorias de análise	Artigos (%)
(1) Teóricos	05 (42%)
(2) Aplicados	07 (58%)
Total	12 (100%)

Fonte: Elaborada pela autora, conforme levantamento bibliográfico no portal de periódico da CAPES.

A análise demonstrou que as categorias (1) Teóricos e (2) Aplicados apresentavam sutil diferença quanto à ocorrência no levantamento. Os artigos quantitativos de caráter aplicado representaram 42% do total de estudos selecionados, demonstrando predominância em relação às pesquisas qualitativas de perspectiva teórica cuja ocorrência foi de 58%.

Na categoria (1), Teóricos, o primeiro artigo localizado, foi publicado em 2006 na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vinculada à Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental em São Paulo. Intitulado *Corpo e automutilação na esquizofrenia*, o estudo discute a relação com o corpo na

esquizofrenia durante episódios de automutilação. Para tanto, Milagres (2006) considera referenciais da Psicanálise em Freud e Lacan sobre narcisismo e Estádio do Espelho, argumentando sobre falhas na função psíquica. A autora toma por base personagens de romance e pinturas francesas com narrativas imagéticas marcadas por automutilação para ilustrar a constituição do corpo como superfície na qual algo se inscreve e nesse caso, introduzindo um sinal negativo.

No segundo artigo dessa categoria, *Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura*, Arcoverde; Soares (2012) descrevem fatores neuropsicológicos associados a condutas autolesivas, a partir de revisão integrativa da literatura de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde. A publicação compõe o periódico *Psicologia: Reflexão e Crítica* do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As autoras evidenciam que dificuldades relacionadas a resolução de problemas e tomada de decisão, impulsividade, regulação emocional e estresse psicológico caracterizam fatores associados à autolesão, correlacionando-a com mecanismos neurais a partir de estudos da neurociência.

Ainda no grupo de estudos teóricos, identifiquei o artigo *Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações*, publicado na *Revista de Psicologia* da Universidade de São Paulo (USP). No estudo, Cedaro; Nascimento (2013) abordam a prática da automutilação, por meio de relatos de mulheres jovens (entre 15 e 21 anos), atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). As autoras analisam falas e sentimentos das clientes no *setting* terapêutico. Para tanto, se fundamentam em concepções psicanalíticas de gozo e masoquismo, segundo Freud e Lacan, ressaltando a função da dor autoprovocada na dinâmica psíquica.

Prosseguindo nessa vertente, localizei o artigo *Corpo como tela... navalha como pincel: a escuta do corpo na clínica psicanalítica*, publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vilhena (2016) retrata por meio de caso clínico, a automutilação conceituando-a como *cutting*. Considerando elementos psicanalíticos, compreende o fenômeno como mecanismo de redução da tensão interna. Assim, busca referência em Roussillon, Winnicott, Ferenczi e Berlinck para teorizar acerca do lugar do analista no *setting* terapêutico.

Finalizando a categoria (1), Teóricos, identifiquei o artigo *Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa*, publicado na *Revista de Psicologia da IMED* vinculada ao Programa de Pós-

Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, pertencente à Escola de Saúde da Faculdade Meridional de Passo Fundo – RS. No estudo Sant'ana (2019) teoriza sobre a autolesão não suicida na adolescência, a partir de revisão narrativa, para tratar das perspectivas de intervenção do psicólogo escolar em casos de autolesão. Com isso, elenca ações dirigidas a alunos, famílias e educadores a serem promovidas pelo psicólogo no contexto educativo.

Na categoria (2), Aplicados, localizei a publicação *Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular* da *Revista Brasileira de Psiquiatria*, periódico científico da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). No estudo, Nucci & Dalgalarrodo (2000) apresentam numa perspectiva qualitativa, estudo de caso sobre seis pacientes psiquiátricos que cometeram auto-enucleação, isto é, remoção do globo ocular. Com base em discussão crítica comparativa, os autores relacionam o fenômeno à esquizofrenia durante episódios psicóticos agudos em casos de longo tempo de evolução da doença e mediante delírios fundados em crenças religiosas.

Outro estudo situado nessa categoria é o artigo *Mutilação genital e psicose* publicado na *Revista de Psiquiatria Clínica* da USP. Na pesquisa, Lima *et.al.* (2005) associam a automutilação em esquizofrênicos, a delírios fundados em crenças religiosas, comportamentos impulsivos, abuso de substâncias e sintomas psicóticos.

Ainda na *Revista de Psiquiatria Clínica* da USP, outro trabalho da categoria (2), Aplicados, é o artigo *Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico*. A abordagem de Diniz & Krelling (2006) relatam o caso de um paciente portador de esquizofrenia paranoide com quadro associado de auto-amputação de lábios e falanges, secundário a alucinações auditivas de comando e delírios místico-religiosos. Os autores argumentam que a automutilação em pacientes esquizofrênicos caracterizam eventos raros. Com isso, cabe reconhecer fatores desencadeantes de comportamentos violentos na perspectiva de realizar intervenções rápidas para prevenir a ocorrência dos episódios.

No levantamento, constatei o artigo *Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação*, publicado na *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* da Sociedade de Psiquiatria daquele Estado. No estudo, Goi; Scharlau (2007) abordam a síndrome de *Ekbom* caracterizada por delírio parasitário no qual o paciente relata convicção acerca de infestação por parasitas. Os autores apresentam um relato de caso e ressaltam que a intensidade das crises pode resultar em automutilação.

A categoria (2), Aplicados, apresenta dois estudos de caráter quantitativo. O artigo *Condutas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife* da *Revista Psicologia em Estudo*, administrada pelo Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). No artigo, Caldas *et al.* (2009) analisam fatores de influência para condutas autolesivas entre detentas, a fim de formular estratégias de intervenção para redução da incidência dessa prática. Assim, no estudo são aplicados questionários em amostragem para análise estatística dos fatores correlacionados à autolesão. Os autores ressaltam como resultados a identificação de aspectos como: alívio de sofrimento psíquico advindo do ambiente carcerário; raiva de si ou de outros; uso de drogas; afirmação da individualidade num ambiente coletivo (CALDAS *et al.*, 2009).

Outro estudo aplicado de caráter quantitativo foi o artigo *Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio* da *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. O artigo se reporta a pacientes com autolesão por queimaduras internados no Centro de Queimaduras de Brasília. Nesse sentido, Macedo; Rosa; Silva (2011) evidenciam a incidência, características, conduta e taxa de mortalidade dos referidos pacientes. Com base em dados da internação, os autores instituíram índices relacionados à média de idade, gênero, estado civil, motivo, característica da autolesão por queimadura, taxa de mortalidade, duração do tratamento, prognóstico e área média de superfície corporal queimada, bem como, agente utilizado. A pesquisa demonstrou que pacientes com autolesão por queimaduras apresentam maiores complicações e letalidade do que pacientes com queimaduras acidentais. Dessa forma, o estudo reafirma a necessidade de constante suporte psiquiátrico para tais pacientes na prevenção de episódios recorrentes de autoagressão.

Finalizando a categoria (2), Aplicados, localizei o artigo *Matricídio, seguido de canibalismo e automutilação de pênis e mão em paciente esquizofrênico* publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* vinculado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Teixeira; Meneguette; Dalgalarondo (2012) reafirmam a associação entre automutilação em pacientes psiquiátricos e psicoses esquizofrênicas relacionadas a crenças religiosas, impulsividade, abuso de substâncias e sintomas psicóticos como alucinações ou delírios. No artigo, os autores apresentam o caso de um jovem em seu primeiro surto psicótico, motivado por delírio religioso. O relato caracteriza o episódio como grave, complexo e único na literatura médica por evidenciar matricídio seguido de

canibalismo e automutilação do pênis e da mão. Conforme Teixeira; Meneguette; Dalgalarrodo (2012), ocorrência de mutilação genital e nos olhos pode ocorrer em pacientes esquizofrênicos após processo de avanço da enfermidade, tornando raro o episódio referido por evidenciar um primeiro surto.

De modo geral, os artigos da categoria (1), Teóricos em sua totalidade representam pesquisas realizadas no campo da Psicologia seja em pós-graduação ou em associações acadêmicas e profissionais. Na delimitação de 20 anos situada para o levantamento, as pesquisas teóricas evidenciam fundamentação no referencial da Psicanálise em Freud e Lacan. Apenas um artigo toma por base estudos da neurociência, demonstrando um breve movimento de ampliação dos referenciais de análise. Outro ponto de avanço em abordagens recentes concerne no estudo vinculado à Psicologia Escolar no qual os autores analisam os episódios de autolesão no contexto da escola para traçar ações de enfrentamento pelos profissionais desse microcosmo social que suscitem intervenções em outros âmbitos, especialmente, a família.

Por outro lado, os artigos avaliados demonstram predominância de abordagens da Psiquiatria, especialmente na categoria (2), Aplicados na qual foi identificado apenas um estudo desenvolvido por pesquisadores de Psicologia. Nos artigos dessa categoria, a partir do referencial psicanalítico, se sobrepõem os estudos de casos com análise qualitativa de pacientes que apresentam transtorno mental, notadamente esquizofrenia. Apenas dois estudos demonstram análise quantitativa sobre automutilação, com determinação de índices obtidos em espaços de serviço público: sistema penitenciário e instituição hospitalar.

Um aspecto notável na caracterização dos estudos consiste na utilização dos termos autolesão e automutilação. O primeiro é predominante em abordagens da Psicologia, marcadamente estudos teóricos que denotam a preocupação em suscitar posturas de acolhimento em contextos de atendimento e no *setting* terapêutico. Por sua vez, o segundo remete ao enfoque da Psiquiatria, no que tange a quadros sintomatológicos associados a transtornos mentais. O emprego das expressões não foge ao que os manuais como o DSM-V e a BVS preconizam: autolesão para atos de intenção não suicida e automutilação, sintoma de crise em transtorno mental.

O Estado da Arte evidenciado no levantamento remete à utilização, neste estudo, da expressão autolesão por retratar processo não vinculado à intenção suicida, e não necessariamente, sintoma de crise psiquiátrica tal como a

automutilação. Mas, antes de suscitar reflexões sobre a abordagem da autolesão que sobreponha a naturalização do fenômeno e da pessoa atendida, cabe perceber como as políticas públicas de saúde no Brasil abordam a questão e de que forma se reportam a ela em seus registros, normas e ações.

2.2 A autolesão no *corpus* das Políticas Públicas de saúde no Brasil

O fenômeno da autolesão tem se mostrado inerente ao contexto social da contemporaneidade. É por vezes, visto de forma naturalizante em jovens, adultos e até crianças na rotina de escolas e famílias, seja por meio de práticas individualizantes ou até, mesmo mediante grupos para representar aceitação ou externar frustração.

Figura 2 – Notícia sobre “Baleia Azul”.

CORREIO BRAZILIENSE Brasil

Câmara aprova criminalização de desafios que induzem ao suicídio

Há previsão de pena de um a três anos de prisão se houver lesão corporal grave ou gravíssima

AE Agência Estado
postado em 30/10/2019 09:55 / atualizado em 30/10/2019 09:55

O plenário da Câmara dos Deputados aprovou, na noite desta terça-feira (29/10), o projeto de lei do Senado que criminaliza desafios, como o jogo da Baleia Azul, que podem estar relacionados a suicídios ou automutilação de crianças e adolescentes. Como o texto passou por alterações, ele deve ser votado novamente no Senado.

BALEIA AZUL

? O que é o 'Baleia Azul'
O "jogo" ficou conhecido como uma sequência de 50 desafios que envolvem isolamento social, automutilação e incentivo ao suicídio.

SINAIS DE ALERTA

- ⚠ Inscrições nas palmas das mãos
- ⚠ Automutilações (braços, pernas e lábios)
- ⚠ Interesse repentino por filmes de terror
- ⚠ Atividades no meio da madrugada
- ⚠ Exposição ao perigo com 'visitas' a locais altos
- ⚠ Desenhos de baleia
- ⚠ Ficar sem conversar por longos períodos

Fonte: (CORREIO BRASILIENSE, 2019). Acesso em: 6 set. 2019.

O crescente atendimento psicológico de pessoas com queixas relacionadas a sofrimento corporal se insere na conjuntura sócio histórica do capitalismo globalizado. De tal modo, relações e comportamentos fluidos do tempo presente estruturam as formas de subjetivação e definem as perspectivas de mal-estar. Entre elas, a autolesão surge como constante tema de notícias enquanto manifestação do sofrimento diante do fracasso na obtenção de um corpo perfeito ou de padrões de felicidade inscritos na lógica social.

Figura 3 – Notícia sobre automutilação no Brasil.



Fonte: (G1, 2016)

Apesar da repercussão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) não menciona em suas normativas, a autolesão. Faz referência ao suicídio enquanto “sério problema de saúde pública global [...] entre as vinte principais causas de morte em todo o mundo”¹ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019, p.07).

Ao referir a prevenção de comportamentos que culminam com o suicídio, a OMS reporta à autolesão que passa a constar em normativas da saúde. O manual de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) considera a questão designando-a autoagressão para referir “paciente em condição de intenso

¹ No original: “Suicide is a serious global public health issue. It is among the top twenty leading causes of death worldwide”.

sofrimento, que se manifesta por meio de desejo, ideação ou planejamento de atos autolesivos direcionados ao objetivo de levar à morte” (BRASIL, 2016, p. 86).

A atenção à autoagressão nas normas do SAMU decorre da definição de ações de enfrentamento ao suicídio pelo poder público. Assim, o governo brasileiro em 2016, instituiu um Comitê Gestor de Trabalho, composto por representantes das Secretarias do Ministério da Saúde, Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e OMS visando à elaboração de um Plano Nacional de Prevenção e Enfrentamento do Suicídio no Brasil com agenda de ações estratégicas (BRASIL, 2017b).

A iniciativa é fruto da gradual discussão evidenciada pela publicação da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, considerando-o “problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido” (BRASIL, 2006, p. 01). Apesar do avanço na abordagem da questão, a menção à autolesão no plano de prevenção em 2017, situa-se no campo do registro de episódios, não prevendo, portanto, práticas interventivas na questão. O documento utiliza o termo “violência autoprovocada” ao apresentar meta que se restringe a “aprimorar a ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, para facilitar e explicitar o registro da tentativa do suicídio” (BRASIL, 2017b, p.13).

O plano de prevenção tomou por base, dados do Boletim Epidemiológico nacional da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) vinculada ao Ministério da Saúde (MS). O referido documento consiste em estudo descritivo do perfil dos indivíduos que realizaram tentativas ou evoluíram para óbito por meio de suicídio, no período de 2011 a 2016. Os dados sobre óbitos foram captados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre as lesões autoprovocadas, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)², ambos da SVS que compilam os

² O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido na década de 1990, com objetivo de fornecer informações para análise do perfil de morbidade, através da coleta e processamento de dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. Porém, a alimentação obrigatória da base de dados do SINAN pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, foi regulamentada somente em 1998 pela Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98. O SINAN tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. Sua utilização permite o conhecimento da magnitude dos agravos de notificação, além de ser um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, e permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (BRASIL, 2019a, p. 04).

registros realizados por meio da Ficha de Notificação de Violência interpessoal / autoprovocada (Anexo 1):

Esta ficha é preenchida nos serviços de saúde (podendo ainda ser preenchida por outros serviços, como Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena ou Centro Especializado de Atendimento à Mulher – dependendo da organização da rede local), quando da suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas. Esta ficha é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) pelas equipes locais de saúde (BRASIL, 2019a, p. 04).

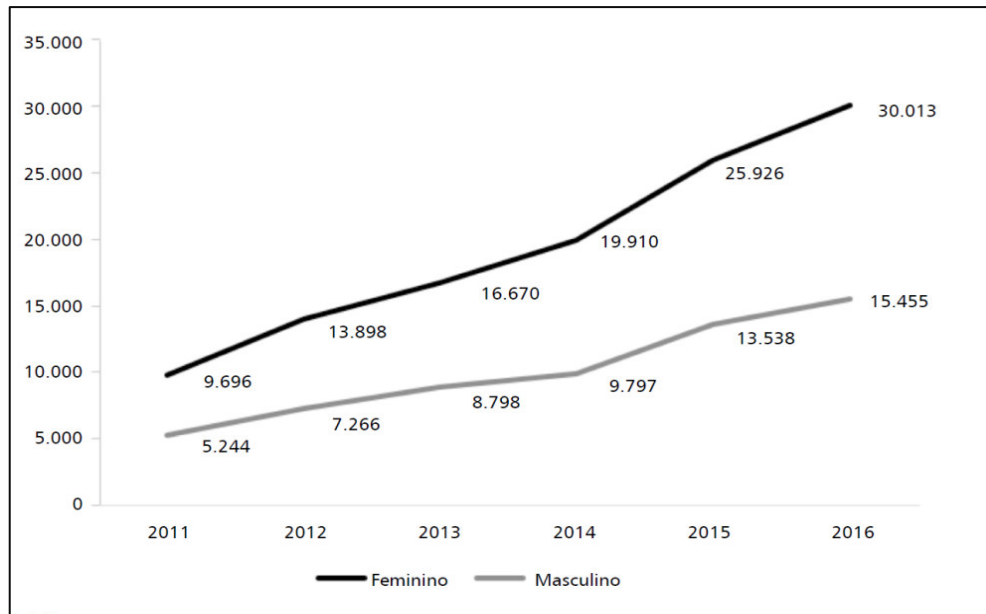
A autolesão é mencionada nos registros como uma das causas básicas dos óbitos por suicídio com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10). Para tanto, o documento refere os seguintes códigos: lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84) e sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente (Y87. 0). O boletim apresenta uma análise descritiva dos casos de lesão autoprovocada, evidenciando:

Características sociodemográficas (raça/cor, escolaridade, idade, presença de deficiência/transtorno e zona de residência), características da ocorrência (local de ocorrência, violência de repetição e relação com o trabalho), segundo o sexo dos indivíduos (BRASIL, 2017a, p.01).

A análise dos registros é realizada a partir do índice geral de notificações de casos de violências interpessoais ou autoprovocadas no SINAN. A partir desse quadro, são categorizados os dados sobre sexo e ano de registro. Entre 2011 e 2016 ocorreram 1.173.418 notificações de casos de violências interpessoais ou autoprovocadas no SINAN. Nesse universo, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens (BRASIL, 2017a).

O gráfico a seguir (Figura 4) demonstra que entre 2011 e 2016, houve aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino, um aumento de 209,5% e 194,7%, respectivamente. Os dados evidenciam a questão como problema de saúde pública que requer a inclusão na agenda governamental enquanto “estado de coisas passa a preocupar as autoridades” (RUA, [20--?], p. 06).

Figura 4 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016.



Fonte: (BRASIL, 2017a)

Nessa conjuntura, foi criada a Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019. O dispositivo institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com a participação da sociedade civil e de instituições privadas. A lei faz referência à autolesão em alguns de seus objetivos, ora como automutilação inferindo episódios de sofrimento psíquico sem ideiação suicida, ora como lesão autoprovocada evidenciando intenção suicida:

II – prevenir a violência autoprovocada;

IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideiação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;

VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;

VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações;

IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019c, p.01 grifo meu).

Além disso, institui a compulsoriedade do registro de violência autoprovocada no sistema de saúde, escolas e órgãos de assistência social em casos suspeitos ou confirmados. A norma compreende como violência autoprovocada:

I – o suicídio consumado;
 II – a tentativa de suicídio;
 III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida (BRASIL, 2019c, p.02 grifo meu).

A lei apresenta avanços, por mencionar o qualificador “sem ideação suicida”. Até 2017, os documentos ressaltavam que a “ideação suicida não é objeto de notificação” (BRASIL, 2017a, p. 01). Assim, atualmente, a legislação suscita do poder público, atenção a pessoas em sofrimento psíquico, mas que ainda têm vontade de viver: incluindo na agenda pública, o atendimento a casos de autolesão. Diante desse movimento, em 2019, o Governo do Maranhão por meio do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC) publicou Boletim Social do Maranhão com o tema “Suicídio no Maranhão: Informação em defesa da vida”.

O documento propiciou a divulgação de indicadores atualizados da realidade social do Maranhão a fim de subsidiar a elaboração e o monitoramento das políticas públicas do Estado em relação ao suicídio. Assim, evidencia que em 2011, as notificações foram maiores entre os homens e a partir de 2012, é registrado considerável crescimento entre as mulheres.

Figura 5 – Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano, Maranhão, 2011 a 2017.

Ano	MA		
	Masculino	Feminino	Total
2011	35	30	65
2012	66	102	168
2013	72	113	185
2014	65	124	189
2015	72	312	384
2016	77	150	227
2017	127	170	297
Total	514	1.001	1.515

Fonte: (MARANHÃO, 2019)

Por sua vez, as características sociodemográficas apresentam o seguinte panorama:

Figura 6 – Características socioeconômicas dos casos notificados de lesão autoprovocada entre 2011 e 2016

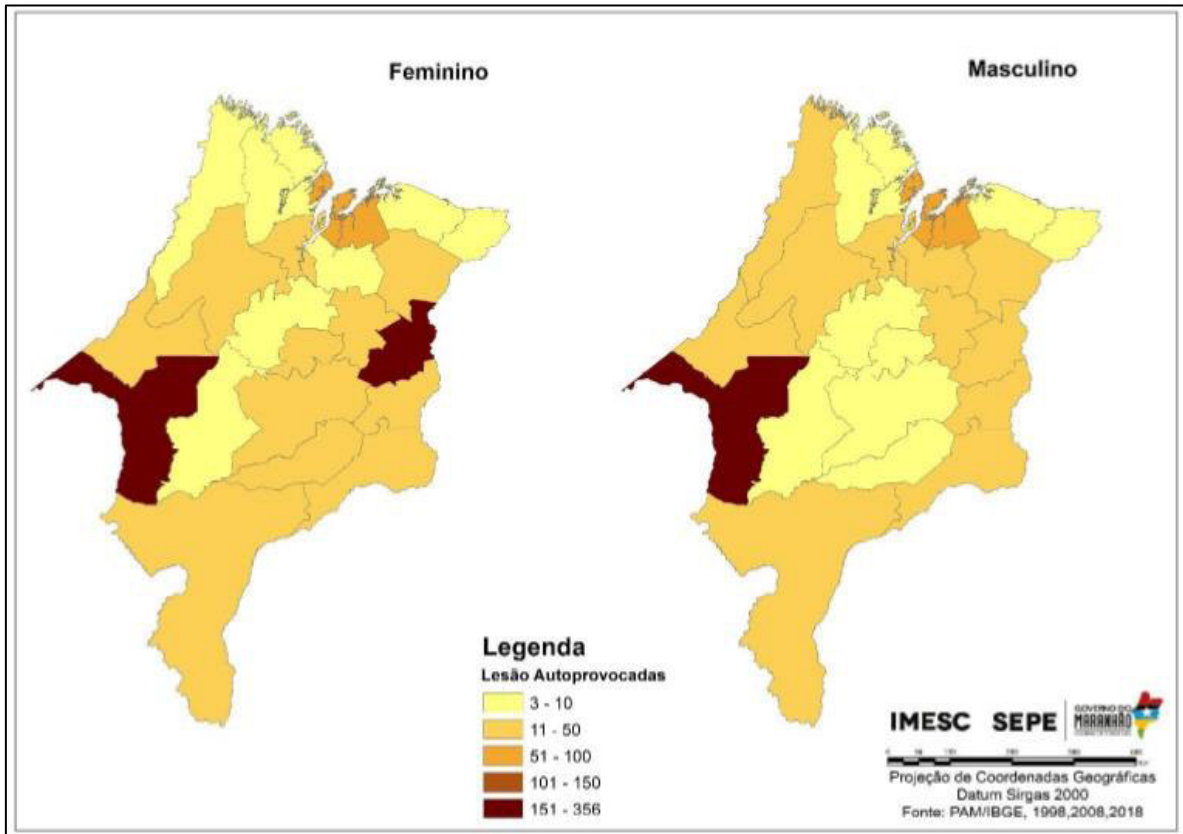
Características Socioeconômicas	MA (%)		NE (%)		BR (%)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Total (n)	514	1.001	10.583	20.420	81.757	162.888
Faixa etária	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ign/Branco	0,05	0,06	0,08	0,10	0,19	0,20
<15 anos	6,24	9,32	7,10	9,68	12,06	11,79
15-19	15,69	19,15	17,49	20,93	16,73	16,98
20-29	28,65	25,68	28,86	28,83	25,68	28,67
30-39	21,46	21,69	20,44	21,01	17,90	24,38
40-49	13,42	14,28	12,20	11,72	11,87	9,79
50-59	7,92	6,70	6,90	4,81	6,42	4,50
60 e mais	6,58	3,12	6,93	2,91	9,14	3,70
Escolaridade	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ign/Branco	25,29	19,58	53,61	52,44	41,05	38,57
Analfabeto	4,47	2,90	2,84	1,74	1,27	0,76
Ensino fundamental incompleto	40,08	34,07	22,47	19,93	24,74	22,92
Ensino fundamental completo	6,42	11,79	3,38	3,84	6,58	6,72
Ensino médio incompleto	7,39	9,69	5,82	7,44	9,02	11,03
Ensino médio completo	6,03	15,28	6,68	9,25	11,66	13,69
Educação superior incompleta	2,33	1,50	1,63	2,22	2,11	2,73
Educação superior completa	1,56	1,70	1,05	1,60	1,89	2,56
Não se aplica	6,42	3,50	2,50	1,54	1,68	1,02
Raça/Cor	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ign/Branco	2,53	3,20	22,03	25,20	11,36	12,43
Branca	10,70	11,39	11,59	13,09	48,71	49,90
Preta	10,31	6,39	6,65	5,59	6,73	6,21
Amarela	0,97	0,80	0,61	0,64	0,69	0,65
Parda	74,71	77,32	58,71	55,10	31,59	30,33
Indígena	0,78	0,90	0,41	0,38	0,92	0,47

Fonte: (MARANHÃO, 2019)

O levantamento demonstra que a maioria dos casos notificados sobre lesão autoprovocada engloba o seguinte perfil: faixa etária entre 20 e 29 anos, escolaridade em nível Fundamental incompleto, pessoas pardas. Os dados registrados no Maranhão não apresentam discrepância em relação aos contextos nordestino e brasileiro.

O espaço residencial predomina no levantamento enquanto local em que as pessoas mais realizaram a tentativa de suicídio por meio de lesão autoprovocada. Em termos de geográficos, as regiões Tocantins e Timbiras concentraram o maior número de notificações, tendo o município de Caxias 256 casos entre as mulheres.

Figura 7 – Distribuição por região no Maranhão, dos casos notificados de lesão autoprovocada entre 2011 e 2016.



Fonte: (MARANHÃO, 2019)

Ressalto que apesar do recente levantamento sobre o Maranhão após a nova legislação que considera casos de ideação e não apenas, as tentativas, os dados considerados pelo IMESC foram retirados do SINAN entre 2011 e 2017, englobando casos de autoagressão em tentativas de suicídio. Diante disso, o índice de autolesão sem ideação suicida é silenciado, pois só a partir de 2019, há a obrigatoriedade de registros dessa natureza que só passarão a constar nas estatísticas a partir de 2020.

Os dados apresentados sobre a autolesão no âmbito das políticas públicas brasileiras em saúde abordam a questão enquanto violência autoprovocada. Diante disso, tomando por base os estudos de Rosa, *et al* (2016), Freitas e Borges (2014) e Minayo *et al* (2016), os documentos oficiais caracterizam a prática de autoagressão enquanto “fenômeno complexo e multicausal, tendo como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal, fator de risco mais importante para o suicídio” (BRASIL, 2017a, p. 10).

A legislação abre espaço para a interpretação da autoagressão como expressão de um processo de crise, que se desenvolve de forma gradual, e não de forma intempestiva, podendo culminar com o suicídio. Com isso, suscita que “intervir precoce e adequadamente na situação, envolvendo a pessoa e seu conjunto de relações, é uma estratégia de prevenção do suicídio” (BRASIL, 2017a, p. 10).

Para tanto, notei que a ação preventiva expressa nos documentos se pauta diretamente na prática de registro das ocorrências de autoagressão por meio das fichas que possibilitam a inserção dos casos no SINAN: “O diagnóstico fidedigno, as medidas de prevenção e o monitoramento mais eficaz dessas ocorrências dependem da correta classificação dos eventos e da qualidade no preenchimento dos campos da ficha” (BRASIL, 2017a, p. 10).

Mas, para além do registro, o acolhimento da pessoa com autoagressão é aspecto que requer atenção. A notificação deve ser preenchida de forma imediata no atendimento, suscitando uma perspectiva humanizada.

A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais (BRASIL, 2017a, p. 11).

A atenção humanizada suscita um posicionamento preventivo em relação à recorrência da autoagressão evidenciando a disponibilidade de promoção da saúde pelo sistema, no atendimento à complexidade da questão. Assim, o cuidado no registro de casos de autoagressão permite a vinculação da pessoa em atendimento aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³:

Com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial, articular ações entre os serviços e ações intersetoriais, regular e organizar as demandas e fluxos de assistência, a RAPS propõe a qualificação do cuidado, por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo, considerando os diferentes níveis de complexidade de cada caso, bem como os grupos em situação de maior vulnerabilidade. Entende-se a necessidade do uso de informações, tanto para o acionamento imediato da rede de atenção, o acompanhamento dos casos, a intervenção precoce e adequada e o monitoramento dos casos (BRASIL, 2017a, p. 12).

³ Em 2011, ocorreu a elaboração da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instaurando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de drogas, no âmbito do SUS (MARTINS, 2019, p. 392).

Apesar da articulação proposta entre as políticas de saúde no âmbito da RAPS, o atendimento a casos de autoagressão é realizado nos setores de emergência da rede de saúde, suscitando a necessidade de inserção de profissionais da Psicologia nesse campo, no sentido de fortalecer o acolhimento dos usuários. “A lógica é preparar para uma atuação na saúde que seja compreendida e organizada de acordo com os níveis de atenção à saúde propostos pelo SUS” (ALVES, 2014, p. 21).

As ações de enfrentamento da autoagressão precisam ser redimensionadas uma vez que se encontram situadas no nível de identificação de prevalência e incidência. Conforme Alves (2014, p. 80-81):

A prevalência remete ao número total de casos de uma doença manifestada em uma população em um período específico de tempo. A incidência indica a frequência de novos casos em um espaço de tempo determinado. A prevalência e incidência das doenças são processos muito estreitos e o conhecimento destes é uma condição básica de pesquisa em Psicologia da Saúde. A quantificação do risco constitui um elemento fundamental na formulação de políticas, confirmam a antiguidade da existência de uma relação significativa entre os hábitos e a conduta, a saúde-enfermidade.

Nesse sentido, os índices de prevalência e incidência de autoagressão já se encontram expressos nos documentos. Cabe, portanto, estabelecer uma proposta de atenção primária voltada para promoção da saúde e prevenção de enfermidades:

Godoy (1999, p. 61-62) define como promoção de saúde:

O conjunto de atuações dirigidas à proteção, manutenção e aumento da saúde e, em nível operativo, ao conjunto de atuações relacionadas com o desenho, elaboração, aplicação e avaliação de programas e atividades direcionadas à educação, proteção, manutenção e acréscimo da saúde (GODOY, 1999, p. 61-62);

Para tanto, Guibert Reyes *et al* (1999, p. 182) vinculam a promoção de saúde a uma perspectiva educativa:

Educar, ou seja, instaurar na população comportamentos eficazes para a construção de uma saúde ótima [...] formação de novas condutas, modificação de atitudes, e o fomento de crenças favoráveis através de diferentes tipos de relações funcionais: formulações verbais, campanhas, trabalhos em grupo, intermediações em centros, intersetorialidade.

Enquanto processo aliado à promoção no nível de intervenção primária de saúde, Alves (2014, p. 69) destaca a prevenção:

Planos de educação para a saúde, atuação nos problemas epidemiológicos da população beneficiária, construção de estilos de vida saudáveis e evitação de comportamentos de riscos. Práticas de prevenção, antes que se encontre um problema concreto. Para tal intervenção o conhecimento epidemiológico prévio do coletivo social a ser assistido deverá ser utilizado como guia das ações.

Assim, as políticas públicas brasileiras direcionadas à autoagressão precisam atingir um nível de articulação dos dados que definem a prevalência e incidência da questão com ações voltadas para ampliação da intervenção em meio à população. Trata-se de utilizar o perfil epidemiológico da comunidade como base para propostas de assistência à saúde mental antes do aparecimento da enfermidade, suscitando a abordagem preventiva sobre autolesão. Em relação à autoagressão, trata-se de encaminhamento à RAPS ampliando o atendimento para o contexto situacional de sofrimento psíquico do usuário, preconizando ações para fortalecimento da saúde mental e dos vínculos pessoais e sociais da pessoa em atendimento.

2.3 Por uma ressignificação do olhar sobre a autolesão na Psicologia

Apesar do progresso evidenciado no modelo de atenção biopsicossocial implementado pelo SUS, há descontinuidades na oferta do serviço bem como, necessidade de maior informação à população e entre os profissionais sobre as finalidades e proposições das RAPs. É essencial que haja preocupação efetiva com ações de prevenção ao sofrimento psíquico da população, atuando tanto na prevenção da autolesão como na minimização dos impactos dessa prática na vida desses sujeitos.

É preciso ampliar o olhar para as concepções que norteiam a produção acadêmica e as políticas públicas quanto à autolesão. Cabe ressignificar o olhar sobre a autolesão se sobrepondo à noção de ação voltada para o suicídio, compreendendo-a no cerne da constituição psíquica do sujeito em meio à sua história de vida.

A literatura carece de estudos que reflitam as consequências deste ato, sejam elas físicas ou psicológicas, a curto ou longo prazo, e ainda, as implicações que a automutilação há de ter na vida do indivíduo e as possibilidades de ajuda que se apresentam para este (SANTOS, 2018, p.138).

A ampliação da abordagem voltada para autolesão requer que se descortine uma nova compreensão da saúde humana enquanto aspecto que transcende a perspectiva de doença como parâmetro, tal como preconiza o discurso social. Assim, as medidas de saúde têm tomado como pressuposto a transposição do modelo biomédico de saúde pública do século XIX para o modelo psicossocial contemporâneo.

O Modelo Biomédico acompanha o desenvolvimento do pensamento científico iniciado no Renascimento com o modelo cartesiano ou mecanicista defendendo o estudo das partes do conjunto mecânico. Considerava que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Em meados do século XX, surge nova perspectiva: Destacou-se o comportamento individual, o comportamento social, os hábitos e a interação entre o comportamento e o meio ambiente. As críticas e propostas chamaram a atenção para a importância de alterar o estilo de vida da população [...] As investigações passaram a focar os fatores biopsicossociais que intervêm na etiologia dos problemas de saúde, analisando o entorno sociocultural e estilos de vida (ALVES, 2011, p. 49, 56 e 80).

O referido processo desencadeado a partir da reforma sanitária e da criação do SUS entre os anos 1970 e 1990 preconiza a superação de um modelo hospitalocêntrico/ medicocêntrico pela articulação de uma rede, um sistema em níveis de complexidade, com destaque para o trabalho preventivo em atenção básica. Nessa perspectiva, saúde é considerada um estado de bem estar biopsicossocial, para além da visão que enfatiza o adoecimento, cabendo ao sistema de saúde, prevenir e não, somente tratar. Tal concepção ainda encontra barreiras no âmbito da mentalidade da população, muito vinculada à compreensão de saúde como combate ao adoecimento pela internação hospitalar.

No cerne desse movimento, cabe ressignificar o olhar sobre a intervenção psicológica. A esse respeito, Camon (2004, p. 02) ressalta que:

Os desafios que se colocam diante das propostas de intervenção psicológica, nos mais diferentes e variados contextos, estão a exigir uma estrutura moderna que possa, assim, contemplar os mais diferentes matizes de abrangência e, até mesmo, de sedimentação conceitual. São muitos os aspectos que envolvem a tentativa de conceituação e de delimitação de intervenção no campo da psicologia.

Percebo, portanto, a necessidade de se expandir o campo conceitual no sentido de suscitar uma intervenção reflexiva da Psicologia que contemple as questões socioculturais, as vinculações entre a pessoa atendida, seu olhar sobre si

e a realidade. Trata-se de empreender uma proposta de psicologia voltada para as necessidades sociais, e não, para a imposição à comunidade de modalidades de intervenção vinculadas a necessidades teóricas.

O acolhimento psicológico requer que a pessoa em atendimento seja considerada sem padronizações ou enquadramentos, a partir de suas vivências, no cenário do qual decorre sua vida. Assim, as perspectivas de saúde e doença se entrecruzam na experiência do sujeito:

Ser sadio consiste em abrir às próprias possibilidades, aceitar e enfrentar os paradoxos e restrições da existência. A saúde existencial está relacionada ao modo como conseguimos estabelecer articulações eficientes entre a amplitude e as restrições de nosso existir. A pessoa que se encontra doente não dispõe livremente e nem normalmente de todas as possibilidades de relações que poderia manter com o mundo. A simples ocorrência de conflitos e restrições não é suficiente para que ela se torne existencialmente doente. O adoecimento existencial só acontece quando as limitações e conflitos não são reconhecidos e enfrentados pela pessoa à luz de suas múltiplas possibilidades (FORGHIERI, 2002, p. 53).

Nesta pesquisa, apreendi que a produção científica reporta aos conceitos de automutilação e autolesão, enquanto processos de sofrimento psíquico num sentido sintomatológico. Por outro lado, notei que legislação brasileira no campo da saúde refere à autolesão enquanto violência autoprovocada ou autoagressão: episódio de sofrimento psíquico direcionado ao suicídio. O emprego dos conceitos aponta para uma compreensão da autolesão pela via da naturalização do fenômeno norteado pela racionalização que evidencia índices, medidas e aspectos sintomatológicos.

A autolesão deve ser percebida como fenômeno que conforme Goto (2008) aparece no campo da consciência sem qualquer aparência, considerado em sua pureza absoluta, sem representações, como coisa revelada à consciência. Compreendo, portanto, que se mostra necessária, uma psicologia humanizada marcada por uma postura de acolhimento e de atenção à experiência da pessoa que se autolesiona.

Diante disso, me proponho a ressignificar, nesta pesquisa, a perspectiva de abordagem da autolesão. Observo a necessidade de ampliá-la para além de classificações, num sentido fenomenológico, de compreensão da autolesão enquanto forma de comunicação das elaborações do sujeito acerca de suas experiências e percepções sobre o corpo no mundo-da-vida.

3 UMA FENOMENOLOGIA DO CORPO EM HUSSERL NA CLÍNICA EM PSICOLOGIA

Conforme Goto (2008), uma das principais motivações da fenomenologia está na fundamentação das ciências convencionais e no estabelecimento do estatuto do saber na filosofia, mais do que a mera objetividade. A Fenomenologia pretende ser uma doutrina da essência do conhecimento a priori, desligando-se de qualquer referência empírica, de sentido transcendental que não tratará mais da lógica; da ciência constituinte, da consciência enquanto tal, desconsiderada qualquer forma de conhecimento que comece pelo ser objetivo, a partir de verdades objetivas.

Com a fenomenologia, Edmund Husserl buscou a constituição de uma ciência rigorosa e universal das essências em oposição ao naturalismo que interliga tudo que existe à natureza, instituindo a explicação de fenômenos por leis amparadas nos fundamentos da física, a química e da biologia. Com isso, realizou a crítica epistemológica das ciências naturais em sua atuação classificatória, em busca de uma ciência formada a rigor que contemple o sentido do conhecimento em sua amplitude (HUSSERL, 1907/2000).

O argumento husserliano atribui à ciência o delineamento de uma existência que distancia o ser da vida e do mundo. As leis e princípios que regem a realidade precedem a experiência no mundo, gerando o *apriori* instituído como verdade, dissimulando o sentido do conhecimento.

Tal reflexão sobre a filosofia e a ciência positiva trouxe um resultado negativo ao se constatar que estas não poderiam realizar o ideal teórico de um conhecimento capaz de abranger a totalidade da vida humana. A motivação da fenomenologia constitui-se em ser uma reflexão crítica sobre o real papel da filosofia e da ciência.

Para Husserl, a consciência é subjetiva, intencional e transcendental, promove a constituição das condições das coisas. A consciência transcendental não se reduz a uma estrutura intencional que promove a aparição dos fenômenos a partir dos atos, mas como estrutura que constituirá o campo da subjetividade e da objetividade (TOURINHO, 2012).

A fenomenologia representa, portanto, uma “virada” nos estudos e práticas em Psicologia diante da ampliação dos parâmetros de compreensão do homem. Por meio de suas teorizações, supera o tratamento objetivo e natural da mente humana ampliando as possibilidades de se ponderar o aspecto biopsicossocial.

3.1 Husserl e a Fenomenologia

A fenomenologia nasceu a partir do duplo projeto de criar princípios filosóficos para um paradigma científico e apresentar um método adequado de estudo aos processos mentais. Com isso, a Psicologia Fenomenológica supera a visão naturalista das vivências humanas, abordando os processos mentais considerando suas essências. O objeto de estudo da Psicologia Fenomenológica é a vivência intencional: sentido da experiência humana. A partir da noção de intencionalidade, o fenômeno psíquico não é compreendido de forma limitada como algo exclusivamente mental. É a partir da intencionalidade da consciência que a vivência é colocada ao nível de seu significado

O termo fenomenologia surge como expressão de uma nova atitude filosófica preconizada por Edmund Husserl.

É o esforço em busca do aprofundamento da compreensão do mundo, numa tentativa de colocar em questão os supostos fundamentos das ciências naturais. A fenomenologia não é um sistema de pensamento. Ela é um método que nos leva a uma atitude radical frente às explicações científicas do mundo. Talvez por isso mesmo, a adesão ao método fenomenológico implique uma espécie de conversão a um novo modo de pensar o mundo natural e o mundo do espírito, para além das ciências naturais e das ciências do espírito, cuja tendência fundamental é reduzir a realidade do mundo à realidade dos fatos (GUIMARÃES, 2013, p. 01).

Fundamentado nesse pressuposto, o autor apresenta conceitos básicos para compreensão da atitude fenomenológica: “conceitos primaciais da fenomenologia, que ajudarão a entender a sua proposta metodológica” (GUIMARÃES, 2013, p. 02). De início, a noção de consciência é suscitada no momento de crise vivenciado por Husserl em relação ao pensamento científico de base naturalista.

Para Husserl (1965, p. 09), “o Naturalismo resulta do descobrimento da Natureza como unidade do Ser no tempo e no espaço, segundo leis exatas naturais”. Assim, o cientista dedicado às Ciências naturais tende a considerar tudo como natural: “a mentalidade naturalista vê no mundo físico e no mundo humano somente natureza e reduz a ela tudo o que existe admitindo fenômenos psíquicos como fenômenos físicos” (HUSSERL, 1965, p. 28). O naturalista se fundamenta, portanto, nos princípios da natureza física: “Tudo o que é, ou é, físico ou psíquico é mera variação dependente do físico, determinado segundo leis firmes. Em seu procedimento ele é idealista e objetivista” (Husserl, 1965, p. 30).

Nesse modelo a consciência e a razão seriam frutos da natureza. O referido processo é considerado por Husserl (1965, p. 31) enquanto “condição que equipara os dados da consciência aos fatos e leis naturais e às normas da razão lógica, adulterando ou subordinando os fenômenos psíquicos, o subjetivo (a consciência) ao objetivo, como se estes fossem fatos ou coisas”.

Contudo, Husserl esclarece que a consciência não é passível de naturalização e destaca como sua essência a intencionalidade. A noção de fenômeno é apontada enquanto manifestação do mundo dos objetos na interação entre consciência e mundo. Paralelamente, a ela estão as percepções que integram a vida da pessoa humana como caminho pra a realização da existência. Por sua vez, a noção de objeto é preconizada enquanto aquilo que é intencionado, manifestado à consciência.

Na fenomenologia da consciência, a mente assume uma atitude adogmática e puramente descritiva do que é dado imediatamente à consciência vivente [...] tal investigação conduz à apreensão do que é dado à consciência na sua imediata presencialidade e o seu método consiste em apreender e isolar os elementos primordiais e absolutos que estes dados encerram e mediante os quais se esclarecerão as diversas regiões da realidade (HUSSERL, 1965, p. 49-51).

Husserl institui um método situado em três momentos básicos: as reduções psicológica, eidética e transcendental. Tal procedimento expressa um modo de pensar sobre o mundo a partir da suspensão, ou seja, do afastamento de crenças e apriorismos. Com isso, a atitude fenomenológica pressupõe a consciência como intencionalidade.

É necessário ter claro que estes três momentos da redução fenomenológica estão intimamente articulados em torno do propósito de edificação de uma ontologia do mundo da vida. Pela redução psicológica, o mundo dos objetos, ou das coisas, se restringe a puros fenômenos; pela redução eidética, o mundo se restringe às suas essências e, pela redução transcendental, o mundo se subordina ao plano da reflexão, do “eu penso”, enquanto instância evidenciadora do próprio mundo (GUIMARÃES, 2013, p. 06).

No processo de elaboração do conhecimento do sujeito no mundo da vida, destacam-se ainda, as noções gregas de *noesis* e *noema*. “Noesis é a atividade subjetiva da consciência [...] Atividade noética é atividade de conhecimento. É o ponto inicial a partir do qual instauramos a nossa ação cognoscitiva pela via do

pensamento. Noema é a unidade significativa encontrada no objeto” (GUIMARÃES, 2013, p. 08).

O primeiro denomina o ato intencional e o segundo, o objeto tal como foi visado intencionalmente. Desse modo, há uma correlação inseparável entre as duas dimensões da estrutura dos processos mentais: o vivido e a forma como ele é visto. Tal aspecto aponta que na fenomenologia a ideia está relacionada com o mundo da vida e não com o mundo ideal, teorizado, racionalizado.

Por sua vez, a psicoterapia, o vocábulo é caracterizado por Binswanger (2001, p. 144):

Sua criação e sentido são devidos a uma escolha, abstratamente feita, de objetivos bem precisos, aqui de objetivos relativos ao conhecimento e resultados da psiquiatria clínica, referindo-se a uma certa esfera do ser. A esfera em questão é a do ser em uma intersubjetividade, em uma relação justa com o semelhante ou a do ser com o mundo comunitário (*Mitwelt*). Em todas as formas de psicoterapia médica, dois humanos ficam face a face, dois humanos, de um modo ou de outro, ‘relacionam-se um com o outro em uma recíproca dependência, dois homens, de um modo ou de outro, explicam-se um ao outro.

Conforme Moreira et al (2007, p.620) “a escuta clínica é uma postura ética e política diante do sujeito humano. Não é o local que define a clínica, e sim, a posição do profissional e os objetivos de libertação e potencialização dos sujeitos”.

A pesquisa sobre o atendimento na clínica supera a atenção ao sujeito como objeto do olhar dominador e controlador do terapeuta. Portanto, empreende uma nova atitude paradigmática em relação ao outro, suplantando a visão tradicional de classificação em nome da compreensão do fenômeno pela experiência no mundo-da-vida.

Assim, a relação terapêutica nesta pesquisa é compreendida segundo Giovanetti (2012, p. 81) enquanto “encontro entre duas pessoas, no qual um profissional qualificado ajuda outro ser humano a se conhecer, a se desvencilhar de suas dificuldades e a encontrar um caminho melhor para sua vida”. Para tanto, pressupõe uma relação humana que fundada nas condições prévias do conhecimento do outro como sujeito, da aceitação do outro como ele se apresenta e da percepção de que na relação ocorre mobilização de afetos.

Nesse processo situam-se como elementos estruturais: o encontro a abertura à experiência com o outro; o diálogo como forma de comunicação e acolhimento; a reciprocidade pela participação na existência do outro e o vínculo que sedimenta a

relação, a partir da ligação fundada na afetividade. “A relação construída entre o terapeuta e o seu cliente possibilitará uma experiência intersubjetiva, com trocas de conteúdos subjetivos” (GIOVANETTI, 2012, p. 93).

Tomando como base tais pressupostos, a relação terapêutica não deve ser percebida como processo técnico e sim como relação humana. Trata-se de uma elaboração no âmbito do encontro entre duas pessoas, permeado pelas vivências.

A psicologia fenomenológica em Husserl é concebida por Goto (2007) como ciência voltada para a descrição das vivências intencionais permeada pelo esclarecimento dos conceitos psicológicos sem naturalização. No âmbito da clínica, norteia a postura do terapeuta numa escuta fundada no que é próprio da vivência da pessoa em atendimento. Assim, nesta pesquisa, abordo a prática clínica com pessoas que se autolesionam a partir da descrição das vivências intencionais e dos esclarecimentos sobre os conceitos psicológicos, levando em conta o conceito de mundo-da-vida:

Mergulhados no mundo da vida, compete-nos a obrigação de decifrar os seus enigmas e entendê-lo na perspectiva da sua horizonticidade, isto é, das suas infinitas manifestações de sentidos, de horizontes de possibilidades. É responsabilidade do homem, descobrir os sentidos do mundo e ordená-lo de acordo com esses sentidos. É para essa tarefa radical que nos convoca a fenomenologia, enquanto ciência universal, capaz de nos revelar a própria possibilidade do mundo e da existência humana, tão ameaçados pelas racionalidades acumuladas ao longo dos séculos que contribuíram para a simulação ou para o ocultamento dos seus verdadeiros sentidos. (GUIMARÃES, 2012, p. 34).

O mundo da vida “*Lebenswelt*” se constrói no horizonte de experiência centrada no eu. A escuta clínica nessa perspectiva, considera a vivência para a consciência da pessoa em atendimento, pois, é por meio do mundo-da-vida que ocorrem os sentidos dados para os fenômenos. O mundo da vida caracteriza “o mundo intersubjetivo que já existia muito antes de nosso nascimento, experimentado e reinterpretado por outros, um mundo organizado [...] estoque de experiências prévias” (SCHULTZ, 2012, p. 84).

A Psicologia fenomenológica centra-se numa base filosófica para o desenvolvimento da práxis psicológica em substituição à perspectiva fisiológica das ciências naturais. Nesse sentido, se constrói e se exerce não a partir do interior da filosofia (se bem que sempre inspirado nela), mas, agora, a partir do interior da própria psicologia enquanto um fazer científico (JACÓ-VILELA *et al*, 2014). O fazer

psicológico se direciona, portanto, à elucidação do vivido baseada na consideração de experiências concretas e situadas. Com isso, conduz a uma compreensão teórica que lida com o fenômeno humano em sua multiplicidade. Insere-se na abordagem do corpo como *locus* de constituição identitária que fala, evidenciando discursos.

3.2 Corpo e Corporeidade em Husserl

Percebo que na trajetória histórica da sociedade ocidental, o homem compreende o lugar do corpo em sua constituição a partir de representações mentalistas, fundadas na busca de essências e ideais. Dessa forma, as interpretações desconsideram o papel das vivências perceptivas na qual o corpo em sua imersão entra em contato com a realidade.

Na abordagem da autolesão, é imperativo considerar as condições sócio históricas que estruturam as formas de subjetivação na atualidade e definem as perspectivas de mal-estar na cultura ocidental. No tempo presente, o corpo tem assumido um *locus* de constituição de discursos permeado por um forte apelo imagético.

Tal conjuntura evidencia a realização de atos que demonstrem a formação de identidades em vinculação à cultura massificada da Globalização. Segundo Fernandes (2003), há uma cultura de superinvestimento do corpo que ao mesmo tempo o torna fonte de frustração e sofrimento. Com isso, ele se torna mecanismo de expressão do mal-estar na contemporaneidade.

Ao que parece, na automutilação o corpo não é visto como sendo um “Eu” (corpo próprio) e sim como um “Ele” (corpo objeto), na esfera do impessoal. O momento histórico vivido na contemporaneidade favorece essa forma de se relacionar, tendo em vista que o corpo é uma mercadoria, quer dizer, um objeto que pode ser reparado, transformado, concertado e, quiçá, comprado. (REIS, 2018, p. 141).

Ao mesmo tempo, se amplia o imaginário da aparência e da boa forma a partir da cultura *fitness*, do culto ao corpo e da busca de intervenções plásticas pautadas na modelação do corpo humano por razões estéticas. Para além dos impactos físicos, os referidos fenômenos afetam a autoestima na incessante busca dos sujeitos por adequação corporal ao referencial estético ditado pela cultura.

Tecnologias de comunicação tais como as redes sociais disseminam de forma massiva, padrões culturais de estética que reforçam o narcisismo, repercutindo na compreensão da imagem corporal. Por sua vez, esta deve ser compreendida enquanto construção psicológica de ações vinculadas ao corpo, relacionada a influências da família, dos amigos e da mídia. Isto requer um posicionamento crítico quanto às representações disseminadas pela mídia com foco no consumo e padrões corporais rígidos de modo a prevenir desdobramentos como o sofrimento psíquico.

Na sociedade ocidental da contemporaneidade, o corpo ainda é compreendido sob o viés racionalista da objetificação. Ainda que sob bases antropocêntricas, permanece o imaginário do corpo como elemento imperfeito em relação à mente como representante da razão, herança da concepção grega de conhecimento.

No contexto da filosofia na Grécia, retomando a concepção de construção do conhecimento preconizada por Sócrates, Platão caracterizava os conceitos e valores universais da realidade enquanto representações de outro mundo. Para tanto, se utilizou da “Alegoria da Caverna”⁴ no sentido de ilustrar sua concepção.

O interior da caverna significava o mundo, constituído por sombras dos objetos reais. “O que nós vemos como coisas e seres existentes, em nossa experiência imediata são sombras reflexas das verdadeiras coisas. (...) o mundo que sentimos e percebemos é o mundo do devir, o mundo das sombras” (LUCKESI, 2004, p. 136).

Essa conjectura se reporta ao conhecimento sensível produzido pelo corpo por meio dos sentidos a partir dos objetos que povoam o mundo material e que aparentam ser reais. A alegoria se refere àqueles que estão no interior da caverna como indivíduos acorrentados para mostrar que eles se baseiam no conhecimento sensível do corpo que por sua vez é ilusório e enganoso. Nele habitam preconceitos, o senso comum, as tradições, aspectos adquiridos somente com base na experiência.

O lado de fora da caverna, inundado pela luz, representa a verdadeira realidade, denominada por Platão de mundo das ideias habitado pelos objetos reais, do qual o mundo sensível é mera aparência. “Platão conclui que há um mundo das

⁴ Encontrada na obra *A República*, trata-se da exemplificação de como podemos nos libertar da condição de escuridão que nos aprisiona através da luz da verdade, onde Platão discute sobre teoria do conhecimento, linguagem e educação na formação do Estado ideal (PLATÃO, 2006).

essências ideais, universais, incorpóreas, imutáveis e eternas, ou seja, há um mundo próprio das ideias, transcendente, fora do espaço e do tempo, além das esferas do sentir e do pensar” (LUCKESI, 2004, p. 136). Assim, o mundo das ideias constitui o conhecimento intelectual produzido pela alma, com a reflexão interior do indivíduo. Na lógica platônica, noto a percepção corporal como aspecto a ser debelado para o alcance do mundo das ideias a partir da reflexão com base na razão.

Ao contrário do mundo sensível baseado apenas nos sentidos, o mundo das ideias é considerado na lógica platônica como “o mundo verdadeiro, das essências imutáveis, sem contradições nem oposições, sem transformação, onde nenhum ser passa para o seu contraditório” (CHAUÍ, 2000, p. 228). Ao retratar esse processo de transposição da caverna para o exterior permeado por esforço dor e sacrifício, Platão ressalta a passagem do conhecimento sensível para o inteligível, ou seja, a necessidade de restringir o corpo em relação à razão.

Assim, os homens já teriam vivido como puro espírito quando contemplaram o mundo das ideias. Mas tudo esquecem quando se degradam ao se tornarem prisioneiros do corpo. Pela teoria da reminiscência, os sentidos se constituem apenas na ocasião para despertar nas almas as lembranças adormecidas. Em outras palavras, conhecer é lembrar (PLATÃO, 2006).

A apreensão do mundo se aperfeiçoa no exercício da reflexão que inicialmente esbarra nos anos de imobilidade diante dos sentidos. A cegueira constituiria a dificuldade inicial de compreensão das essências descobertas e a progressiva superação do conhecimento sensível. A alegoria platônica ressalta o processo de construção de uma percepção racional do mundo pelos indivíduos e retomada no cerne da revolução científica, reduz o papel do corpo como aspecto imperfeito da constituição humana.

Por sua vez, Husserl trata da noção de corpo relacionando-a ao modo como apreendemos os objetos na experiência. Com isso, enfoca a relação do corpo com a espacialidade considerando a noção de sensações cinestésicas, ou seja, “a experiência de capacidade de movimento e de posição ocupada pelo corpo, a qual se relaciona com a apreensão da espacialidade e da percepção de objetos de maneira geral” (MISSAGIA, 2016, p. 21).

O corpo representa o posicionamento do sujeito em termos de espacialidade que norteia a percepção dos objetos constituintes do real. De tal modo, se vincula ao

mundo da vida na mediação entre a realidade e as faculdades sensíveis, isto é, pelo modo como o sujeito se dirige aos objetos. De acordo com Missaggia (2016, p.22):

Tudo que possamos conceber como aparência remete ao eu e seu corpo, pois todo aparecer é relativo ao sujeito e ao modo como as coisas lhe aparecem, sempre de acordo com a maneira como se dá a apreensão das sensações.

A percepção se torna possível a partir do corpo em sua relação com o espaço e sua capacidade de movimento, evidenciando o que Husserl considera um processo de riqueza da experiência perceptiva pela espacialidade (HUSSERL, 1931/2001). A sensação é compreendida como elemento fundante da objetividade por meio do contato com as coisas físicas, a partir do elemento físico da corporeidade. Nessa interpretação, o corpo é condição para o contato com a realidade, não a mascarando tal como suscitou Platão, mas conectando-a com a consciência.

O que se expõe no mundo da vida como coisa concreta é permeada de corporeidade e se relaciona à corporeidade do sujeito que se vincula à realidade na mediação pelo corpo das faculdades sensíveis. O corpo representa, portanto, o “ponto zero” de orientação da relação com a realidade: os objetos são apreendidos a partir do ponto específico de cada sujeito o que suscita a superação de uma rigidez na caracterização do real. Assim, a experiência de cada sujeito é singular a partir de sua apreensão da realidade mediada pelo corpo.

Além da percepção de si, a relação com o corpo possibilita a apreensão do outro fomentando uma perspectiva de fenomenologia da intersubjetividade: “O corpo aparece como “membro central” e “primordial” na apreensão da experiência intersubjetiva do mundo” (HUSSERL, 1931/2001, §58, p. 161). De tal modo, não cabe padronizar ou classificar sujeitos. A vivência tem traços singulares diante do corpo como portador de sensações diversas.

Nosso corpo está, além disso, envolvido como portador de outros modos de sensações, de um tipo de “objetividade superior”, como no caso dos sentimentos, das sensações de prazer e dor, de bem ou mal-estar, etc., as quais permeiam as formas primárias de sensação. Dessa maneira, uma determinada sensação como sentir frio, por exemplo, pode ser acompanhada de um sentimento de desconforto. O corpo vivo, enquanto território de todos esses complexos integrados de sensações, é vivenciado por cada um como seu corpo particular, enquanto uma objetividade subjetiva distinta do corpo enquanto mera coisa material (MISSAGGIA, 2016, p. 29).

Na atitude transcendental da fenomenologia husserliana, o corpo configura um conjunto de natureza psicofísica em oposição à atitude natural que diferencia corpo e mente como esferas distintas. Assim, supera uma perspectiva natural que exclui, ao separar corpo e mente por princípios e evidencia a conexão da mente com o corpo na experiência do mundo da vida. Portanto, Barco (2012, p. 02) acrescenta:

A concepção husserliana de corporeidade prima pelo esclarecimento do que é ser um corpo, a ser alcançado via fenomenologia: o corpo é o próprio sujeito no espaço fenomenológico, e o contato com o mundo se dá conforme sua capacidade sensorial. Encontramos a nós mesmos e tudo o mais a partir de uma perspectiva estendida a partir do ponto de inserção no espaço dado pelo corpo próprio.

Superando a concepção platônica que prevaleceu na sociedade ocidental, Husserl inaugura com a Fenomenologia, uma concepção não dualista da corporeidade. “O corpo é, em primeiro lugar, o meio para toda percepção; ele é o órgão da percepção e está envolvido necessariamente em toda percepção [...] tudo o que é uma coisa real no mundo circundante do ego tem relação com o corpo” (HUSSERL, 1973, §18, p. 56)⁵.

Trata-se de superar a percepção de que “eu tenho um corpo”, clarificando a consciência de que “eu sou um corpo”. No mundo-da-vida é por meio da corporeidade que o sujeito encontra o mundo, a si mesmo, e ao outro em meio ao mundo.

Um dos pontos mais importantes do conceito de corpo em Husserl é a distinção entre *Körper* e *Leib*. *Körper* enquanto aspectos estritamente *materiais* e *físicos* do corpo, daquilo que ele tem em comum com todos os objetos do mundo, abstraindo, portanto, da sua conexão com uma consciência. *Leib*, por outro lado, é o corpo enquanto algo *vivo*, animado por uma ‘alma’ e que envolve todos os aspectos psicológicos da consciência (MISSAGIA, 2016, p. 27)

Segundo Husserl (1931/2001), o corpo é membro central na apreensão da experiência intersubjetiva do mundo. Ainda que na tradição cultural do Ocidente prevaleça a vinculação do ser humano em sua constituição à razão, no âmbito da

⁵ No original: Der Körper ist in erster Linie das Medium aller Wahrnehmung; er ist das organ der wahrnehmung und ist notwendigerweise an jeder wahrnehmung beteiligt, [...] alles, was in der umgebenden ego-welt real ist, hängt mit dem körper zusammen.

experiência, o corpo vivo constitui um conjunto que integra o organismo de caráter psicofísico e se inter-relaciona com a realidade e o outro.

Experiencio os outros, enquanto outros que efetivamente são, em multiplicidades de experiência mutáveis e concordantes, e experiencio-os, certamente, por um lado, enquanto objetos do mundo, não como simples coisas naturais (embora também os experiencie como tal, segundo um certo aspecto). Eles são, além disso, experienciados como governando psicicamente os corpos vivos naturais que lhes correspondem. Assim entrelaçados de modo peculiar com os corpos vivos, enquanto objetos psicofísicos, eles estão no mundo. Por outro lado, experiencio-os, ao mesmo tempo, como sujeitos para este mundo, como tendo experiência deste mundo, deste mesmo que eu experiencio e, portanto, como tendo experiência de mim próprio, tal como experiencio o mundo e, portanto, aos outros (HUSSERL, 1931/2001, §43, p. 123,129)

Em meio à alteridade, o acesso ao outro se dá a partir do corpo. Considerando o papel do corpo na experiência de apreensão, percebo o outro enquanto ego semelhante a mim. Assim, a perspectiva fenomenológica em relação ao corpo permite apreender a alteridade no encontro com o outro.

No cerne dessa configuração, a percepção da autolesão precisa superar uma compreensão fundada na imperfeição do corpo e no sentido de transtorno, pois, caracteriza uma forma de expressão do sujeito por meio do corpo num fenômeno marcado pelo diálogo com os conflitos na relação com o mundo. A autolesão externaliza o sofrimento do sujeito numa experiência de desvelamento emocional singular. A abordagem psicopatológica deve se pautar, portanto, “ancorada na noção de experiência e representa um posicionamento ético de sempre considerar o funcionamento do sujeito e permitir a expressão desse sujeito”. (BLOC; MOREIRA, 2013, p. 37).

Nesse sentido, na abordagem da autolesão, considero pertinente a perspectiva da psicopatologia fenomenológica. Em suas teorizações, a abordagem estabelece um campo para diálogo, resignificando a questão ao superar o cunho “psiquiátrico”. Tomando por base esse referencial, busco resignificar a concepção de corpo, superando parâmetros de classificação e dualidade próprios do racionalismo por meio da Fenomenologia.

4 METODOLOGIA

A partir das contribuições de Husserl, a Psicologia tomou como bases os conceitos fenomenológicos. Nesse processo, se posicionou de modo a se opor ao positivismo, superando posturas de naturalização do ser humano.

O projeto fenomenológico se define como uma 'volta às coisas mesmas', isto é, aos fenômenos, aquilo que aparece à consciência, que se dá como seu objeto intencional. O conceito de intencionalidade ocupa um lugar central na fenomenologia, definindo a própria consciência como intencional, como voltada para o mundo: "toda consciência é consciência de alguma coisa" (Husserl). Dessa forma, a fenomenologia pretende ao mesmo tempo combater o empirismo e o psicologismo e superar a oposição tradicional entre realismo e idealismo (JAPIASSU; MARCONDES, 2001, p. 101).

No âmbito desse movimento, o processo psicoterápico precisa considerar uma postura que valoriza as vivências emocionais e intuitivas do sujeito.

A nova compreensão do homem [...] se baseia na nova concepção de que o homem não é mais compreendido em termos de alguma teoria - seja mecanicista, biológica ou psicológica - mas em termos de uma elucidação puramente fenomenológica da estrutura total ou articulação total da existência como SER-NO-MUNDO (in-der-Welt-sein). [...] A psicoterapia em bases analítico-existenciais investiga a história-de-vida do paciente a ser tratado [...], (mas) [...] não explica esta história-de-vida e suas idiosincrasias patológicas de acordo com os ensinamentos de qualquer escola de psicoterapia, ou por meio de suas categorias preferidas. Em seu lugar, compreende esta história-de-vida como modificações da estrutura do ser-no-mundo do paciente [...] (MILLON, 1979 p. 166-167).

Desse modo, não cabe classificar, apontar e enquadrar os fenômenos psíquicos do sujeito. É necessário, ao contrário, perceber tais fenômenos em suas vivências, no que tange ao processo de encadeamento entre ambos, na construção da percepção do mundo pelo sujeito.

Nesta pesquisa, considero os fundamentos da Fenomenologia Husserliana segundo Borba (2010, p. 93):

Da experiência como ser-no-mundo até pesquisador-deste-mundo permite refletir sobre a própria experiência e o convívio com os outros, no caso da fenomenologia a reflexão sobre aquilo que aparece no mundo-da-vida, guia nossa reflexão e atitude, pois toda consciência é no mundo, voltada para ele intencionalmente.

As vivências serão norteadas, portanto, pela atitude e pelo método fenomenológico: “No acto de ver o fenómeno puro, o objecto não está fora do conhecimento, fora da ‘consciência’ e, ao mesmo tempo, está dado no sentido da absoluta autopresentação de algo puramente intuído.” (HUSSERL, 1907/2000, p. 69). O fenômeno deve ser compreendido em sua essência, como se manifesta em si mesmo, no que Husserl denominou retorno às coisas mesmas. Para tanto, tem papel primordial, a redução no sentido de superar teorizações e atentar para as coisas mesmas:

[...] adquire uma determinação mais precisa, mais profunda e um sentido mais claro: não é por exclusão do verdadeiramente transcendente (por ex., no sentido empírico-psicológico), mas exclusão do transcendente em geral como de uma existência a admitir, isto é, de tudo o que não é dado evidente no sentido genuíno, dado absoluto do ver puro. Mas, naturalmente, mantém-se só como ‘fenômenos’ as vigências ou as realidades, etc., derivadas nas ciências por indução ou dedução a partir de hipóteses, factos ou axiomas; e fica igualmente em suspenso todo o recurso a qualquer “saber”, a qualquer “conhecimento”: a investigação deve manter-se no puro ver (*im reinen Schauen*), mas nem por isso tem que fixar-se no imanente incluso; é investigação na esfera da evidência pura e, claro, investigação de essências (*Wesensforschung*). Dissemos também que o seu campo é o apriori dentro do absolutamente dado em si mesmo. (HUSSERL, 1907/2000, p. 29)

A *epoché*, redução fenomenológica é primordial na percepção das essências no âmbito do método husserliano. Caracteriza um processo de suspensão de juízos acerca da realidade numa atitude fenomenológica, em oposição à atitude natural: “[...] é a captação do sentido do dado absoluto, da absoluta claridade do estar dado” (HUSSERL, 1907/2000, p. 29)

Assim, a atuação junto à pessoa atendida no *setting* psicoterápico retratada nesta pesquisa se pautou no afastamento de apriorismos superando afirmações sobre o que ela é ou deve ser. Ao mesmo tempo, suscitou questionamentos que permitiam aos sujeitos, se manifestarem naquilo que é imprevisível.

O modo de acesso às vivências das pessoas que se autolesionam, enfocou a descrição da experiência. Tratou-se, portanto, de desnudar os significados da realidade, pela experiência vivida. Assim, a pesquisa foi caracterizada como qualitativa. A opção por esse tipo de pesquisa levou em conta sua capacidade de considerar uma amplitude de significados, valores e atitudes relacionados a processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (SEVERINO, 2002).

No que concerne às técnicas de pesquisa que conforme Cervo & Bervian (2002) consistem na execução do plano metodológico, o estudo partiu da pesquisa bibliográfica. De acordo com Gil (2014, p. 66) o referido modelo “utiliza contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto”. Com isso, foi realizado levantamento bibliográfico acerca da autolesão na pesquisa em Psicologia no Brasil.

A pesquisa bibliográfica foi complementada pela pesquisa documental “realizada a partir de documentos para descrição de fenômenos” (CARVALHO, 2013, p. 154). Neste caso, foram utilizados os registros escritos acerca da reflexão sobre os atendimentos de pessoas que se autolesionam, na clínica fenomenológica durante os estágios específicos no NPA / UFMA entre agosto de 2018 e julho de 2019.

De modo geral, o estudo contemplou etapas, tendo como ponto de partida a delimitação do fenômeno pesquisado. O referido aspecto subsidiou o levantamento bibliográfico cuja leitura se fundamentou em reduções fenomenológicas para investigação de essências gerais. Paralelamente, ocorreu a apreensão das relações entre constituintes do fenômeno, expressas nos registros reflexivos sobre os atendimentos realizados, culminando com a divisão textual em unidades de significado.

5 DISCUSSÃO

No relato desta pesquisa me baseio nas vivências do setting terapêutico durante o estágio específico da graduação em Psicologia da UFMA. No sentido etimológico, o vocábulo vivência é proveniente do grego *viventia*, cujo significado remete à expressão “o fato de ter vida” (ABBAGNANO, 2003).

Num sentido fenomenológico, Alles Bello (2004), toma por base Husserl para considerar vivência enquanto conjunto de atos psíquicos estruturantes do ser humano vinculado a aspectos como a percepção, memória, atitude reflexiva e fantasia. AmatuZZi (2001, p. 53) refere o vivido como “reação imediata àquilo que acontece, antes mesmo que tenhamos refletido ou elaborado conceitos”. Por sua vez, Husserl (1907/2000) considera a vivência como elemento constituinte da subjetividade do homem em vinculação consigo mesmo, o outro e o mundo.

Na abordagem da minha atitude como psicoterapeuta, selecionei vivências relacionadas a aspectos que me mobilizaram diante da intersubjetividade presente nos atendimentos a pessoas que se autolesionam vinculados a medo, angústia, satisfação profissional e aceitação. Assim, o relato acerca dos atendimentos pontua vivências que apontam para a presença dessas sensações na relação psicoterapeuta-cliente. As percepções evidenciadas nesta pesquisa se pautaram no atendimento a dois casos: R.M.J. 17 anos e JPR. 25 anos.

R.M.J. 17 anos é uma jovem, proveniente da comunidade acadêmica, graduanda em Direito. Na triagem, relatou como queixa, quadro constituído por crises de ansiedade, agressividade, desmotivação e tristeza. Destacava sempre possuir muitas atividades na rotina, cuja realização tem sido comprometida mediante sensação de cansaço e a falta de energia.

Referia a ocorrência de pensamentos negativos mediante problemas cotidianos que ela considerava “simples” tais como, o esquecimento da carteira de estudante na ida para a UFMA. Em tais ocasiões relatava choro, sensação de desespero, pânico, falta de ar, vontade de se machucar como punição. R.M.J. relatou que a vivência dos episódios de autolesão iniciou na adolescência por meio de ações como queimar, cortar e bater na região do antebraço e atribuía a realização de tais atos a fatos problemáticos do cotidiano.

A maior parte das ocorrências se dava a noite no período da madrugada, interferindo nos estudos, no relacionamento com os amigos, gerando isolamento. A

jovem referiu fazer uso da prática cada vez que considerava ter cometido algum erro em coisas triviais do cotidiano,

No contexto da triagem, não referiu problema de saúde, nem uso de medicação geral ou psiquiátrica. Passou por atendimento psicoterápico em quatro sessões de plantão psicológico e afirmou ter apresentado melhorias, mas sentiu-se frustrada pela interrupção do processo por ser de curto prazo.

Era participante ativa do centro acadêmico na graduação e exercia atividade como aprendiz, ministrando aulas de inglês para crianças em curso de línguas. Morava com o pai aposentado, a mãe do lar e a irmã também estudante da UFMA, na região periférica de São Luís.

Além da queixa central, outras questões compareceram ao longo do atendimento: ambiente familiar instável por conflito com a mãe e alcoolismo do pai, temor em assumir a bissexualidade, *bullying* da mãe mediante obesidade na infância, situações ansiogênicas em relação às tarefas da graduação, sofrimento diante de situações de pobreza e desigualdade social, pensamentos negativos em relação ao futuro, temor em ficar sozinha ou estar em lugares estranhos, uso de maconha, abuso sexual por colega no início da adolescência, desinteresse pela atividade sexual. Em meio às crises, relatava sentir que devia se autopunir quando erra. Ressaltava que sentir dor física é melhor que conviver com o erro.

A outra pessoa atendida foi JPR. 25 anos, jovem proveniente da comunidade geral, com formação em logística e atuação em empresas. Veio encaminhada de outro estagiário em clínica fenomenológica que finalizou a graduação e a atendeu por um semestre.

A jovem afirmou que procurara atendimento psicológico particular e que a psicóloga a encaminhara ao psiquiatra. Este prescreveu dois medicamentos: Paxil 5 mg (sublingual, 30 minutos antes de dormir) e Pondera (1 comprimido às 10 da manhã). J.P.R. relatou que se sentiu abandonada pela psicóloga, pois fora na primeira sessão e havia gostado, mas a partir da segunda, todas as vezes em que era o dia do atendimento, a psicóloga desmarcava, ficando 3 meses sem atendimento.

J.P.R. compareceu à triagem trajando blusa de manga comprida e escondendo as mãos para dentro da blusa. Afirmou que buscou atendimento ao perceber que antes era bem alegre, mas que vinha se sentindo mal no trabalho. Relatou ter sofrido violência física e psicológica quando criança entre 9 e 10 anos,

quando morou no interior do Pará com seu tio mais velho. Nesse período, sofreu abusos sexuais por parte dos filhos do tio e afirmava ter ódio de todos os parentes, pois ninguém a acolheu diante da violência.

A jovem afirmou que procurara atendimento psicológico por encaminhamento de psiquiatra devido crises de ansiedade e relatou que praticava autolesão no antebraço. Após os atendimentos do estagiário anterior, expressou ter parado com a autolesão, se direcionou a organizar sua rotina passando a realizar uma atividade laboral e assumindo maritalmente sua relação com a namorada, enfrentando a família em relação a sua opção e revelação de abusos sofridos no núcleo familiar.

Contudo, com a suspensão dos atendimentos no intervalo entre os períodos letivos da UFMA, afirmou ter voltado a praticar autolesão. Atribuiu a ocorrência da prática às pressões do contexto laboral e da família em relação às suas decisões na vida pessoal.

J.P.R. relatou que tem uma companheira, mas não tem amigos e que para ela isso não faz tanta diferença, porque não consegue manter e se afasta. Em seu relacionamento, afirmava ter constantes dificuldades com a namorada. Segundo a jovem, sempre que sua companheira realizava alguma manifestação carinhosa por meio do toque, sentia incômodo e angústia por lembrar os episódios de abuso sexual que sofrera.

5.1 O campo das vivências em Clínica fenomenológica

O campo experiencial em Clínica fenomenológica ocorreu no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Maranhão – NPA/UFMA. O espaço constitui clínica escola, campo de formação profissional da referida universidade pela inserção em práticas de estágio, dos graduandos em Psicologia.

O estágio curricular supervisionado é uma prática essencial para o exercício do conhecimento profissional referente ao trabalho em Psicologia. É um momento de formação profissional seja pelo exercício ou pela presença em ambientes próprios da área sob a responsabilidade de um profissional habilitado.

Estabelecido em 1995, o Núcleo de Psicologia Aplicada (NPA) objetiva subsidiar o estágio dos alunos de psicologia nas diversas abordagens da área. Na Clínica Escola, os discentes colocam em prática na atuação clínica o embasamento teórico

da graduação oferecendo atendimento psicológico ao público acadêmico e à comunidade de baixa renda. Conforme Silva, et al (2018, p. 144):

Os serviços de psicologia nas universidades, oferecidos geralmente pelas clínicas-escolas, são espaços que propiciam ao aluno uma prática clínica supervisionada, a partir de um percurso acadêmico e, portanto, submetidos às normas que regulamentam a formação de psicólogos.

O NPA caracteriza espaço de atendimento psicoterápico realizado por estagiários sob a supervisão de um docente. Desse modo, suas normas e diretrizes atendem às exigências do Ministério da Educação (MEC) que regulamenta a formação no Ensino Superior. A clínica escola está historicamente vinculada à formação do profissional psicólogo conforme o Cap. IV, Art. 16 da Lei 4.119 de 27 de agosto de 1962, que regulamenta a profissão de psicólogo:

As Faculdades que mantiverem curso de Psicólogo deverão organizar Serviços Clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho, _orientados e dirigidos pelo Conselho dos Professores do curso_ abertos ao público, gratuitos ou remunerados (BRASIL, 1962, p. 02).

O NPA/ UFMA está localizado nas dependências do Centro de Ciências Humanas (CCH), contendo recepção, sala de estudos, sala de reuniões e salas para atendimento, devidamente mobiliados para o atendimento ao usuário. Além das atividades de Estágio Específico e Básico em Clínica, os espaços podem ser agendados mediante disponibilidade, para atividades práticas das disciplinas de Teorias e Técnicas Psicoterápicas.

Para atendimento, o usuário realiza solicitação do serviço por meio de inscrição. O processo ocorre de preferência presencialmente, em período estabelecido e divulgado na comunidade. Na ocasião são registrados em ficha específica do NPA para inscrição, dados pessoais como nome, endereço, telefone, observações sobre encaminhamentos de urgência ou de outras instituições, ou seja, condições que podem ser avaliadas como sinalizadoras de prioridade no atendimento. Na ficha é informado ainda, o perfil socioeconômico do potencial usuário, uma vez que uma das condições para seleção é a renda de até 01 salário mínimo.

A seguir, ocorre o processo de triagem e encaminhamento por meio de entrevista clínica inicial registrada em ficha específica. A etapa, realizada pelos

estagiários, objetiva avaliar a viabilidade para atendimento no NPA. São registrados dados sobre a queixa inicial, histórico da pessoa atendida quanto a condições de saúde, uso de medicação, bem como, atendimentos anteriores. E registrada ainda, impressão diagnóstica com base no CID-10 ou DSM-V, quando possível, observações sobre a pessoa atendida e horário disponível. A viabilidade é verificada com base na queixa e na renda do usuário: “Os usuários que não estiverem de acordo com tais requisitos são comunicados e encaminhados a outros serviços, os demais ficam no aguardo do atendimento” (SILVA et.al, 2018).

Atendidos os requisitos, o solicitante tem seu atendimento iniciado a partir do aceite em termo de compromisso com as normas de funcionamento do NPA. É estabelecido o pagamento de taxa simbólica referente ao atendimento para fortalecer a compreensão do caráter de serviço do atendimento psicoterápico.

A pessoa atendida toma conhecimento de que será acompanhada por um estagiário sob supervisão e que, para tanto, serão realizadas anotações por escrito das sessões para discussão junto ao supervisor docente, sendo garantido o sigilo sobre o conteúdo e sua identidade. É demarcado ainda, o compromisso de frequência regular às sessões, limitando-se, a três vezes consecutivas ou cinco alternadas, o número de faltas consecutivas ou cinco alternadas, o que implicará em arquivamento do meu caso.

Assim, o NPA engloba as práticas de estágio em clínica nas diversas abordagens da Psicologia. Para tanto, sua dinâmica é norteada por critérios definidos pelo Ministério da Educação (MEC) problematizando as possibilidades de atuação profissional do psicólogo.

5.2 Entropatia e intersubjetividade na clínica fenomenológica

O atendimento a pessoas que se autolesionam mobilizou sentimentos e posturas no *setting* terapêutico e nas atitudes perante o mundo da vida. Para compreensão desse processo, cabe esclarecer os conceitos de entropatia e intersubjetividade presentes na relação.

A perspectiva fenomenológica em relação ao corpo permite apreender a alteridade no encontro com o outro. Para tanto, Husserl se remete ao conceito de *empatia (Einfühlung)* por meio do qual:

[...] experiencio os outros, enquanto outros que efetivamente são, em multiplicidades de experiência mutáveis e concordantes, e experiencio-os, certamente, por um lado, enquanto objetos do mundo, não como simples coisas naturais (embora também os experiencie como tal, segundo um certo aspecto). Eles são, além disso, experienciados como governando psiquicamente os corpos vivos naturais que lhes correspondem. Assim entrelaçados de modo peculiar com os corpos vivos, enquanto objetos psicofísicos, eles estão no mundo. Por outro lado, experiencio-os, ao mesmo tempo, como sujeitos para este mundo, como tendo experiência deste mundo, deste mesmo que eu experiencio e, portanto, como tendo experiência de mim próprio, tal como experiencio o mundo e, portanto, aos outros (HUSSERL, 1931/2001, p. 123-129)

O outro é, portanto, percebido em sua alteridade, mas ao mesmo tempo vivenciado de forma análoga ao meu próprio eu. Na compreensão de suas experiências, concebo o outro capaz de partilhar de minhas próprias experiências. Acerca da empatia em Husserl, Missaggia (2016, p. 42) esclarece:

Não devemos entender algo como uma 'simpatia' em relação aos outros. Trata-se de um termo próprio da fenomenologia para descrever nossa capacidade de apreender o outro como "outro eu", ou seja, como sujeito semelhante a mim (ego psicofísico, dotado de um corpo vivo), que possui estados análogos aos meus, mas que não posso acessar diretamente, em "primeira pessoa" (tal como acesso meus próprios estados).

Alles Bello (2006, p. 65) acrescenta que a peculiaridade da empatia é a de apreender o outro, ou seja, sentir imediatamente o contato com outro ser humano, de tal modo que podemos falar "nós". Nesse sentido, adota o termo entropatia, diferenciando-o de empatia:

O termo empatia é frequentemente utilizado, principalmente na Psicologia, como 'sentir o outro' no sentido de simpatia, mas não é assim. Eu posso encontrar uma pessoa, e ter um reconhecimento súbito de que é um ser humano, imediatamente o vejo como indivíduo e identificado como alguém semelhante a mim. Assim, enquanto eu o vejo, tenho, ao mesmo tempo, percepção e entropatia, ou seja, percepção e apreensão de que é um ser humano. Porém, o que me acontece no nível psíquico? Existe uma reação de atração ou repulsão, a simpatia ou a antipatia. É verdade que sempre ativamos a antipatia ou a simpatia, porém, o primeiro movimento não é nem de antipatia e nem de simpatia, mas é de captar que se trata de um ser humano. A entropatia é um ato específico, não pode ser confundido com a reação psíquica da simpatia. Usamos entropatia para dizer que, imediatamente, captamos que estamos diante de seres vivos como nós.

A entropatia permite a entrada em um mundo intersubjetivo, no qual o desenvolvimento pessoal se vincula às vivências. A corporeidade do outro para o ego permite uma experiência concordante bilateral na qual o corpo vivo é sede de

vivências intencionais, horizonte infinito de possibilidades e ao mesmo tempo, constituinte de um mundo comum evidenciando a intersubjetividade (SANCHEZ, 2015). Na fenomenologia em Husserl, o encontro com o outro, nos afeta naquilo que é próprio ao eu, dentro desse mundo de sentido, caracterizando a intersubjetividade:

O diferente e o estranho são sujeitos de um mundo comum, num enlace de vivências subjetivas, gerando uma concepção intermonádica da intersubjetividade transcendental. Através de uma reciprocidade de vivências, o eu permite ao outro mostrar-se em pessoa, o que deixa transparecer sua personalidade e atesta a dinâmica do eu de dirigir-se ao outro e ao mundo num movimento de reconhecimento de si próprio e do estranho (SANCHEZ, 2015, p. 109).

A noção de intersubjetividade conforme Husserl realiza o entrecruzamento dos conceitos de identidade e diferença. A primeira centrada no eu e a segunda representada pelo outro constituindo um entrelaçamento por uma co-presença que suscita o estranho e diante dele, novas perspectivas de compreensão dos fenômenos. Para Ales Bello (2006, p. 69), “na experiência da entropatia, temos a possibilidade de contato com o outro [...] Com o ato da entropatia, imediatamente, compreendemos que estamos junto a outros como nós, na dimensão intersubjetiva constitutiva da pessoa”.

Tomando como fundamento os conceitos de entropatia e intersubjetividade, adoto a operação fenomenológica da escuta suspensiva enquanto eixo norteador da prática na clínica em Psicologia. De acordo com Barreira (2018, p. 09):

A escuta suspensiva consiste numa relação de dois polos pessoais, distintos e necessários para haver uma produção intersubjetiva de um relato de experiência: um polo é aberto e ativamente direcionado à experiência alheia, outro expressivo da própria experiência, redobrado sobre o vivido de modo a reativá-lo afetivamente.

Numa operação fenomenológica, a escuta clínica suspensiva se distancia de ações explicativas ou interpretativas, enquadres nosológicos ou teóricos, primando pela compreensão do fenômeno, superando a naturalização do ser. Permite, portanto, a abertura à expressividade do outro pelo acolhimento da experiência e nesse sentido, amplia as possibilidades de compreensão do fenômeno da autolesão na clínica em psicologia.

5.3 Percepções sobre o atendimento a pessoas que se autolesionam na clínica fenomenológica

Ao considerar a fenomenologia como aporte teórico, meu relato reconfigura a relação com o corpo na compreensão da prática de autolesão, superando posturas de quantificação, classificação e elaboração de leis universalizantes sobre o fenômeno, considerando as peculiaridades dos sujeitos na clínica, a partir de suas vivências na realidade. Além disso, com base no método fenomenológico, evidencio o sentido do conhecimento pelo acesso ao mundo-da-vida numa epistemologia perpassada pela escuta suspensiva no atendimento clínico humanizado, considerando o que me mobiliza no processo de escuta pela entropatia a partir da intersubjetividade com pessoas que se autolesionam.

Compartilho, portanto, com Faber (2012) de sua compreensão do método fenomenológico enquanto perspectiva desvinculada de prejudgamentos e dogmas, centrando-se numa filosofia descritiva da experiência a partir do sujeito: neste caso, a pessoa que se autolesiona. Assim, apresento minhas percepções sobre os atendimentos realizados no N.P.A. abordando minha atitude como psicoterapeuta, pela descrição de momentos dos atendimentos que me mobilizaram medo, angústia, satisfação profissional e aceitação.

O primeiro sentimento que destaco, o medo, é situado numa perspectiva clássica de Psicologia, em vinculação com aspectos físicos enquanto sentimento desagradável de tensão, nervosismo, ansiedade, estresse e inquietação física. Gera, com isso, estado de insegurança que interfere na ação dos sujeitos (GRAY, 1976).

Em suas percepções sobre a contemporaneidade, Bauman (2001) demonstra um entendimento do medo num sentido existencial. Sob esse aspecto, o medo remete à sensação de insegurança humana em relação às expectativas e experiências de vida que suscitam a dissimulação em vez do enfrentamento de aflições. Assim, o medo restringe as ações humanas na relação homem-mundo.

De acordo com Sartre (1948, 61), o medo "é uma consciência que trata de negar, através de um comportamento mágico, um objeto do mundo exterior e que chegará até esconder-se e esconder o objeto." O medo representa, portanto, a expressão humana imediata à forma como o mundo se apresenta, anterior a uma consciência reflexiva.

Com base nessa perspectiva, destaco que no contexto inicial dos atendimentos na clínica, o medo constitui um aspecto que me mobilizou quando percebi a responsabilidade a mim atribuída na mediação da complexidade evidenciada pela constituição psíquica das pessoas em atendimento. No caso de R.M.J, o medo compareceu no contexto da triagem quando percebi a complexidade das relações evidenciadas no relato da jovem quanto à sua subjetividade, constituindo a autolesão, apenas um traço de um arcabouço de questões a serem compreendidas. Segundo Lima (2009, p. 180), “pensar a escuta na perspectiva fenomenológica nos remete à necessidade de situa-la em outros contextos históricos”. Assim, direcionei as sessões estimulando o relato da jovem sobre sua história de vida.

O relato foi significativo para o conhecimento biopsicossocial da jovem. Caracterizou “possibilidade de observar as formas de relacionamento na família, focos de ansiedade, distribuição de forças na dinâmica familiar” (ANCONA-LOPEZ, 2013, p. 31) e ampliado nas sessões iniciais, suscitou a anamnese como forma de “conhecer as condições familiares e sociais, os vínculos estabelecidos e os papéis desempenhados” (ANCONA-LOPEZ, 2013, p. 30).

No atendimento de J.P.R., senti segurança acerca de como proceder no atendimento e busquei de imediato demonstrar acolhida à jovem na chegada ao consultório. Solicitei que deixasse sua bolsa em uma cadeira ao lado, para que ficasse mais a vontade e recebi um sonoro não, seguido de um gesto de fixação ao objeto como se buscasse proteção aos seus braços, marcados pelas lesões. Com isso, senti novamente o medo pela insegurança de parecer invasiva quando tive interesse de suscitar confiança.

Ouvindo-a, percebi que J.P.R. havia estabelecido forte vínculo com o estagiário anterior o que despertou meu temor ao perceber que resistia ao contato comigo. Porém, me mantive atenta aos relatos, e à sua expressão corporal, demonstrando atenção, até mesmo porque JPR referiu continuamente suas frustrações com psicólogos anteriores à experiência do NPA, por constantes desmarcações.

Minha percepção do sentimento de medo demonstra como se dá a interação da consciência com os fenômenos. Permeada pela intencionalidade, a consciência se direciona aos fenômenos para captá-los: “[...] É inerente à consciência, como imanente a ela, um “dirigir-se” ao fenômeno” (HUSSERL, 1913/2006, p. 83). Dessa

forma, apesar da insegurança, me dirigi aos fenômenos, levantando possibilidades de agir, suscitando abertura ao outro.

Outro sentimento que me mobilizou durante os atendimentos a pessoas que se autolesionam foi a angústia. Num sentido existencial compreendida como condição antropológica que impulsiona o homem à atuação no mundo, a angústia presente na minha prática como psicoterapeuta esteve relacionada às oscilações demonstradas pelas pessoas atendidas em relação à prática de autolesão.

R.M.J. referiu em seus relatos iniciais, ansiedade e pensamentos negativos com relação ao futuro e crises de choro, bem como, vontade de se machucar. Assim, evidenciou elementos que me possibilitaram conhecer e compreender seu ser-no-mundo (FORGHIERI, 2007).

A jovem detalhou o padrão de ocorrência das crises de automutilação. Seguindo os preceitos de Nascimento (2007), mais do que ficar em silêncio, busquei escutar, potencializando sentidos de atenção à atitude global do corpo de R.M.J. que detalhava a ocorrência dos episódios a noite no quarto quando sentia agonia, calor, dormência e no chuveiro ou na cama, chorava, se arranhava, puxava o cabelo. Pensava em formas de se punir com tesoura, caneta e quando praticava o corte, sentia sangrar e dormia. No dia seguinte, sentia arrependimento diante da dor física.

Com o avançar das sessões e as mediações suscitadas, a jovem não mais relatou realizar atos de autolesão, buscando sempre estratégias de controle da ansiedade e dos impulsos bem como, a atuação em projetos sociais, como um clube de leitura nas imediações da UFMA. Referia que em situações de forte ansiedade sentia vontade de se machucar, mas que estava desenvolvendo estratégias como ouvir música ou conversar com amigos no celular, refletindo sobre suas tristezas a fim de não se machucar.

Entretanto, ocorreram episódios nos quais a jovem recorreu à autolesão que evidenciaram inconstância em suas atitudes, despertando em mim um sentimento de angústia. Após as primeiras sessões, R.M.J. relatou ter recorrido à autolesão mediante situação estressora relativa à realização de suas tarefas acadêmicas. Disse ter tomado tal atitude como punição à perda do prazo de postagem de um trabalho acadêmico por ficar conversando com colegas pelo celular. Sentiu-se displicente e diante de tantas besteiras, resolveu se punir.

Sempre muito expressiva, a jovem evidenciou silêncio na sessão. Considerando as contribuições de Karwowski (2013), busquei superar o sentimento

de angústia quanto ao silêncio enquanto ato inesperado. Questionei sobre o que levava R.M.J a pensar que não teria chances de repor a atividade, sugerindo que conversasse com o professor, pois não perderia nada ao tentar. Ao mesmo tempo, acrescentei sobre como poderia relacionar sua tendência de pensar no futuro à programação de suas atividades para não procrastinar. Recomendei o uso de *planner* e entreguei-lhe uma caderneta para registro de situações que considerasse relevantes a serem retomadas nos encontros. Tais estratégias tomaram como base a proposição de Forghieri (2007, p. 117) “no sentido de estimular abertura do cliente, sugerindo situações nas quais ele retome sua sintonia com o mundo”.

No retorno, R.M.J, relatou ter recebido tarefa de reposição o que a levou a sentir acolhimento e alívio. O diálogo com seu professor foi registrado na caderneta nomeada de “Ícaro” com destaque para a consideração de que não havia necessidade de se culpar, pois pessoas erram.

Por sua vez, os atendimentos de J.P.R. suscitaram em mim angústia, por eu não perceber avanços na relação da jovem com a aceitação de seu corpo, com base na baixa autoestima. A jovem afirmou ter sofrido violência física e psicológica quando criança, relatando que sua resistência ao toque se relaciona à sua percepção sobre seu corpo ao lembrar os constantes abusos que sofreu.

Busquei abordar a relação conflituosa da jovem no contato com seu próprio corpo. Assim, realizei prática de atenção concentrada na qual propus que a jovem pudesse sentir o gosto de uma bala de chocolate e lembrar fatos. Na ocasião, sua reação foi bem arredia, pois, disse ter sentido nervosismo ao passar tanto tempo sentindo o gosto de uma bala. Mas aos poucos, refletiu sobre a situação percebendo que está imersa em um contexto tão estressante que parar para sentir o gosto de um alimento lhe causa estranheza. Solicitei que em casa, durante o banho, massageasse levemente os cabelos, exercitando o tato. J.P.R. sempre se esquivava de tratar da atividade referindo não ter tido tempo de realiza-la.

As oscilações evidenciadas pelas pessoas em atendimento no que tange à recorrência da prática de autolesão suscitaram minha reflexão enquanto psicoterapeuta sobre a “angústia como disposição fundamental para abertura constitutiva pela qual o homem se lança às suas possibilidades” (LIMA, 2009, p. 184). A angústia representou o despertar de uma atitude filosófica mediante o conhecer como vivência psíquica num processo em que o sujeito conhece objetos já conhecidos: “O apreender é um destacar, todo percebido tem um fundo empírico [...]

Toda percepção de uma coisa tem, assim, um halo de intuições de fundo”... (HUSSLERL, 1913/2006, p. 79).

Nesse sentido, dirigida pela intencionalidade a apreender a autolesão como fenômeno vivencial das pessoas atendidas, tinha a impressão inicial de tê-lo compreendido, mas, sempre surgiam aspectos não apreendidos. Assim, cada vivência expressada evidenciava uma nova faceta de compreensão da prática autolesiva, problematizando o papel do psicoterapeuta e ressaltando sua permanente reflexão sobre as vivências apresentadas.

Apesar das permanentes inconstâncias, outro sentimento que me mobilizou durante os atendimentos constitui a satisfação profissional. No século XXI, este sentimento é compreendido no cerne das teorizações sobre psicologia do trabalho enquanto um componente psicossocial vinculado ao bem-estar no trabalho (SIQUEIRA E PADOVAM, 2008).

Spector (2010) caracteriza a satisfação profissional enquanto sentimento pessoal de contentamento em relação ao exercício do trabalho. Com isso, caracteriza no cerne das experiências profissionais, um estado emocional positivo representado pela alegria.

Conforme Husserl, a sensação de contentamento (ou alegria) é compreendida como:

[...] seguramente um ato. Mas este ato, que não é um simples caráter intencional, mas antes uma vivência concreta e complexa, encerra na sua unidade não apenas a representação do acontecimento feliz e o caráter de ato, a ele referido, do agrado, mas à representação liga-se ainda uma sensação de prazer que, por um lado, é apreendida e localizada como excitação sentimental do sujeito psicofísico que sente e, por outro lado, como propriedade objetiva: o acontecimento aparece como que aureolado por uma tonalidade cor-de-rosa. O acontecimento enquanto tal, deste modo tingido com as cores do prazer, é, agora, o fundamento para a atitude jubilosa, para o agrado, para a satisfação, ou como quer que se queira chamar (HUSSLERL, 1901/2012, p. 338).

Na atuação enquanto psicoterapeuta, minha satisfação profissional encontrou-se vinculada ao fortalecimento do vínculo. E da mesma forma, às aberturas evidenciadas pelas pessoas atendidas na compreensão de sua subjetividade.

No atendimento de R.M.J a satisfação profissional me mobilizou quando possibilitei mediações a partir das quais, a jovem estabeleceu a problematização de suas questões existenciais, demonstrando maior compreensão de si mesma e

interrupção da prática de automutilação. R.M.J. evidenciava foco quando desafiada e apresentou a partir da escuta fenomenológica, atuação significativa na intervenção sobre suas questões, desenvolvendo estratégias tais como a produção artística por meio do bordado para evitar a autolesão.

Outro momento em que a satisfação profissional me mobilizou, ocorreu quando J.P.R. vivenciou uma situação que a atingiu de forma muito forte: sua convocação para cursar Artes Visuais na UFMA, cuja matrícula acabou não sendo efetivada. O episódio foi impactante, pois, a abalou especialmente no que tange à crença em suas potencialidades. J.P.R. não conseguiu se matricular por problemas no título de eleitor que não foi atualizado por sempre postergar uma viagem ao interior ou a transferência do documento para a capital. Diante da questão, relatou ter desesperança na possibilidade de entrar na universidade, apesar de estar inscrita em processo seletivo no ano de 2019.

Na ocasião, realizei prática de metáfora na qual pedi que amassasse uma folha de papel e em seguida, desamassasse para tentar escrever algum desejo seu, solicitando que falasse suas impressões sobre a folha. Mediei questionamentos a partir dos quais J.P.R. relatou ter percebido que mesmo cheia de marcas, a folha de papel ainda se manteve e pode inclusive ser utilizada para registrar a escrita de um de seus desejos. Assim, a jovem se manteve centrada diante da angústia causada pela experiência negativa e relatou que se sentiu bem por não ter desistido de imediato. Além disso, referiu que tentaria novamente a vida acadêmica, agindo com mais atenção aos seus registros e documentos.

Os atendimentos mobilizaram ainda, o sentimento de aceitação. Na relação terapeuta-cliente, o processo de intersubjetividade permeado pela entropatia possibilitou um posicionamento de escuta dissociado de uma atitude valorativa.

Com o avanço das sessões, R.M.J. revelou que fazia uso de maconha diariamente, para se distrair em meio a tristeza e se questionava sobre esse hábito não ser bom, mas afirmava não se sentir viciada. Ressaltou que tal como a autolesão, o uso de maconha resulta em queda de pressão, suscitando desconforto físico maior que a dor emocional.

Diante dos *aprioris* de meu contexto social, constituiu desafio efetuar uma escuta suspensiva “em relação ao que obstrui a compreensão da experiência alheia, livre de enquadres nosológicos” (BARREIRA, 2018, p. 07). Assim, precisei compreender a narrativa da pessoa atendida sem julgamentos, tendo, porém o

cuidado de questioná-la sobre sua compreensão acerca das possíveis consequências legais geradas pelo porte de drogas.

O *setting* terapêutico foi compreendido nesse sentido, como espaço de encontro. Minha atuação na psicoterapia foi percebida para além da técnica se voltando para o crescimento e promoção da saúde, superando julgamentos e posturas moralizantes. Sob o fundamento da fenomenologia, o processo de *epoché* enfocou os fenômenos tal como se revelam pela pessoa atendida. Trata-se, “[...] não exatamente e meramente do olhar físico, mas do ‘olhar do espírito’[...]” (HUSSERL, 1913/ 2006, p. 62)

De tal modo, considerei de forma relevante a liberdade, a responsabilidade e a intencionalidade enquanto características intrínsecas à condição humana na tomada de decisão. Nesse processo, atentei para a postura de aceitação do outro, ao mesmo tempo em que busquei suscitar a ressignificação de percepções da pessoa atendida sobre si, o outro e o mundo, no encontro para o acolhimento psíquico.

A aceitação e autenticidade foram fatores chaves na psicoterapia, pois contribuíram para diminuição dos anseios enfrentados pelas pessoas em atendimento com a redução de suas defesas que permitiram mostrar quem realmente eram: sem medo de julgamentos por suas ações e sentimentos. De tal modo, a visão da realidade superou o estabelecimento de categorias pré-concebidas. Tal perspectiva permitiu que crenças se tornassem menos rígidas, suscitando a compreensão da situação atual como única e não como uma repetição de experiências passadas com resultados previstos.

O contato com o sentimento de aceitação no atendimento psicoterápico permitiu ampliar minha formação em termos pessoais e profissionais. Ao fomentar a minha aceitação como pessoa passível de ressignificação, passei a aceitar os outros como pessoas. Assim, me permiti propor o estabelecimento de contatos mais verdadeiros com as pessoas à minha volta, julgando menos suas ações, compreendendo cada um em suas vulnerabilidades. De tal modo, na relação com as pessoas em atendimento, passei a problematizar numa postura compreensiva, processos de ressignificação.

6 RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fenomenologia enquanto ciência dos fenômenos suscita uma Psicologia de evidências apodíticas, sem interferência da razão naturalizada. Com isso, se revela para além de um *corpus* de ensinamentos, como uma atitude intelectual e filosófica por meio de um método de rigor não-naturalista voltado para o desvelamento da essência dos fenômenos que se apresentam à consciência intencional. Tomando como fundamento a orientação fenomenológica, a compreensão dos fenômenos clínicos se inter-relaciona com a intencionalidade, a temporalidade, a indeterminação da existência e a inseparabilidade entre consciência-mundo-da-vida.

No cerne desta pesquisa, a autolesão foi abordada a partir de um sentido fenomenológico, pela descrição do fenômeno no contexto contemporâneo em sua problematização no contexto dos estudos acadêmicos e das políticas públicas de saúde. Para tanto, perpassou pela compreensão do corpo a partir da lógica husserliana que se opõe à clássica dualidade corpo-alma propalada pela ciência a partir de Descartes.

Tal fato me possibilitou problematizar a prática de autolesão na pesquisa brasileira. Assim, notei a predominância de uma compreensão de cunho psiquiátrico permeado pela psicanálise que caracteriza o fenômeno como automutilação, aliando-o a quadro psicopatológico como a esquizofrenia. Ao mesmo tempo, percebi o surgimento de ressignificações em estudos recentes que enfocam a percepção da autolesão como fenômeno de expressão da dor emocional do sujeito.

No que concerne às políticas de saúde no Brasil, o enfrentamento à autolesão ocorre pela via de ações que fomentam o registro de ocorrências da prática, sob a denominação de autoagressão enquanto etapa que antecede o suicídio. Notei ampliações da legislação ao incluir recentemente menção de atenção à prática sem ideação suicida.

Tanto as pesquisas acadêmicas quanto a política pública enfocam a autolesão pela via da naturalização inerente à ciência. A pessoa que se autolesiona é evidenciada como objeto, marcada pela ocorrência de uma prática não aceita pelos parâmetros sociais. Com isso, se vê a mercê de julgamentos, críticas que a inserem num quadro de oposição à normatividade ao violar o corpo tão consagrado nos discursos de uma sociedade cristã.

Alguns enfoques sobre a autolesão requerem estudos posteriores, tais como um aprofundamento em conceitos associados a exemplo do *cutting*, o quadro da produção científica no contexto internacional, além da percepção da prática autolesiva como fenômeno em oposição à normatividade social, diferente da tatuagem e de rituais como a escarificação.

Enquanto possibilidade de ampliação desta pesquisa cabe problematizar a questão da medicalização na contemporaneidade. Nessa conjuntura, é necessário discutir sob um prisma fenomenológico, as repercussões da naturalização científica na disseminação de modelos de tratamento focados no uso de medicamentos sobrepondo um olhar psicopatológico à prática autolesivas.

A pesquisa amplia a produção científica em Psicologia no Maranhão, ao problematizar temática relevante na constituição das subjetividades no contexto atual, apresentando concepções sobre autolesão e modos de enfrentamento nas políticas de saúde. Além disso, possibilitou a abordagem da temática a partir da perspectiva fenomenológica, com o relato de vivências na clínica durante o processo de formação inicial, ressaltando os aspectos que me mobilizaram enquanto psicoterapeuta.

Diante disso, o relato de minhas vivências na clínica fenomenológica durante o estágio no NPA, evidencia a proposição de uma postura de escuta acolhedora que pela via da entropatia que fomente a intersubjetividade. Com base na orientação fenomenológica, a escuta se pautou em compreender aquilo que foi dito, como foi dito e no momento em que foi dito pela pessoa atendida sem a predominância de apriorismos ou dúvidas (evidências apodífticas). Tal postura visou à compreensão do sentido que o fenômeno da autolesão representava para a consciência intencional das pessoas em atendimento mediante situações crise existencial.

Os atendimentos dispensaram técnicas que promovessem generalização e se voltaram para o fenômeno da autolesão tal como se revelava e no momento em que se revelava, evidenciando um (des) cobrimento, um (des) velamento de sentidos. De tal forma, a escuta fenomenológica da autolesão permitia que a autonomia, a liberdade e a responsabilidade da pessoa atendida comparecessem na relação terapêutica.

Tomando como fundamento a Fenomenologia, suscitei uma atitude clínica oposta ao modelo pré-científico, antipsicologista e naturalizante. Busquei abordar o fenômeno considerando a entropatia, de forma atenta e ética no (des) velamento

dos sentidos encobertos, da relação, do encontro e do vínculo estabelecido entre a pessoa e o processo psicoterapêutico. Assim, tive a oportunidade de associar teoria e prática, articulando o exercício metodológico da atitude e do método fenomenológico, compreendendo como e para quê tais fundamentos permitem ao psicólogo acessar o vivido daquele que fala ou silencia.

A atitude fenomenológica se pautou no método fenomenológico considerando a escuta fenomenológica norteada pelo diálogo intersubjetivo via entropatia na prática de compreensão e suspensão dos *aprioris* teóricos para acesso aos fenômenos evidenciados pela pessoa atendida. Com isso, me permitiu exercitar a percepção acerca de mim mesma, minhas intenções e pré-julgamentos que no acesso direto às vivências da pessoa atendida, pela suspensão de pré-julgamentos pessoais que cerceiam o fluxo de vividos.

Minha prática foi orientada pelo acesso às evidências a partir da pessoa atendida, no sentido de sistematizá-las a fim de poder escolher os procedimentos que permitissem a compreensão e a intervenção para clarificação dos fenômenos psíquicos. Nesse processo, destacou-se ainda, a resignificação de minhas atitudes.

O atendimento a pessoas que se autolesionam no âmbito da clínica fenomenológica possibilitou a percepção de que não basta apenas conhecimento teórico para atuação em clínica. É imprescindível dispensar cuidados com estereótipos e apriorismos para que não compareçam no diálogo clínico e reduzam a capacidade de lidar com o outro, suas questões e diferenças em relação a nós mesmos.

Nesse contexto, se mostrou essencial a interação voltada para redução da ansiedade, estímulo ao autoconhecimento e ao senso de valorização, por meio da postura entropática uma vez que mediante a narrativa da pessoa atendida, novas demandas compareciam. Constituída de momentos enriquecedores, a escuta fenomenológica de pessoas que se autolesionam no contexto da psicoterapia mobilizou sentimentos e atos da consciência, representando meu amadurecimento não só na perspectiva profissional em Psicologia, mas também no campo pessoal, suscitando reflexões sobre posturas cotidianas.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- ALLES BELLO, A. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Bauru: Edusc, 2004.
- ALLES BELLO, A. **Introdução à fenomenologia**. tradução Ir. Jacinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, SP: Edusc, 2006.
- ALVES, Railda Fernandes [et al.] (Org). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.
- AMATUZZI, M.M. **Por uma psicologia Humana**. Campinas, Alínea, 2001
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (**DSM-V**). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ANCONA-LOPEZ, Silvia (org.). **Psicodiagnóstico interventivo: evolução de uma prática**. São Paulo: Cortez, 2013.
- ARAÚJO, J. et al. **O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão**. Estilos clin., São Paulo, v. 21, n. 2, 2016.
- ARCOVERDE, Renata Lopes; SOARES, Lara Sá Leitão de Castro. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 25, n. 2, p. 293-300, 2012
- BARCO, Aron Pilotto. A concepção husserliana de corporeidade: a distinção fenomenológica entre corpo próprio e corpos inanimados. **Synesis: Revista do Centro de Teologia e Humanidades**. Vol. 4, nº 2, 2012.
- BARREIRA, Cristiano R. A. Escuta suspensiva. **Anais.V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Foz do Iguaçu (PR): UNIOESTE, 2018.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. In: <http://decs.bvs.br>. 2015. Acesso em Ago 2019.
- BINSWANGER, Ludwig. Sobre a psicoterapia. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 4, n. 1, p. 143-166, Mar. 2001
- BLOC, Lucas; MOREIRA, Virginia. Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 28-41, Mar. 2013 .
- BORBA, Jean Marlos Pinheiro. A fenomenologia em Husserl. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 90-111, 2010 .

BRASIL. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. **Lei 4.119 de 27 de agosto de 1962**. Regulamentação da profissão de psicólogo. Brasília: Senado Federal, 1962.

BRASIL. Lei nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Roteiro para uso do SINAN NET**: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Vol 48. N 30. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

CALDAS, Marcus Túlio et al. Condutas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. **Psicol. estud.** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp.575-582.

CAMON, V.A. (Org.) **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CARVALHO, Maria Cecília M. (org.). **Construindo o saber**: metodologia científica: fundamentos e técnicas. 5. ed. São Paulo: Papyrus, 2013.

CEDARO, J. J. NASCIMENTO, J. P. G. do. **Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações**. *Psicologia Usp*, v. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

CERVO, A. L. & BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORREIO BRASILIENSE. **Câmara aprova criminalização de desafios que induzem ao suicídio**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/10/30/interna-brasil,802222/camara-aprova-criminalizacao-de-desafios-que-induzem-ao-suicidio.shtml>. Acesso em: 6 set. 2019.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

DINIZ, B. S. de O. KRELLING, R. **Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 5, 2006.

DORON, R.; PAROT, F. (orgs.) **Psicologia Clínica**. Dicionário de Psicologia. Vol. I. São Paulo: Ática, 1998.

FARBER, Marvin. Edmund Husserl e os fundamentos de sua filosofia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 18, n. 2, p. 235-245, dez. 2012

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2003.

FORGHIERI, Y. C. **Aconselhamento terapêutico: origens, fundamentos e práticas**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

FREITAS, APA; BORGES LM. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud Pesqui Psicol**. Ago 2014.

G1. **Automutilação afeta 20% dos jovens brasileiros**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2016/11/automutilacao-afeta-20-dos-jovens-brasileiros.html>. Acesso em: 6 set. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GIOVANETTI, J. P. **Psicoterapia Fenomenológico-Existencial: Fundamentos filosóficos-antropológicos**. Belo Horizonte: FEAD, 2012.

GODOY, J. F.. **Psicología de la salud: delimitación conceptual**. In: M.A. Simón (Dir. y otros). Manual de psicología de la salud - Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid, ES: Editorial biblioteca Nueva, 1999.

GOI, P. D.SCHARLAU, C. T. **Síndrome de Ekbohm acompanhada de automutilação**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, 2007.

GOTO, T. A. **A (re) constituição da psicologia fenomenológica em Edmund Husserl**. Campinas, 2007. 218 p. Tese de Doutorado – Curso de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2007.

GOTO, T. A. **Introdução à psicologia fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl**. Cap 1. São Paulo: Paullus, 2008

GRAY, Jeffrey A. **A Psicologia do medo e do stress**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

GUIBERT REYES, W *et al.* ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? **Rev Cubana Med Gen Integr**, v.15, n. 2, p.176-183, 1999.

- GUIMARÃES, Aquiles Côrtes. O conceito de mundo da vida. **Cadernos da EMARF**, 2012.
- GUIMARÃES, Aquiles Cortes. Uma aproximação aos conceitos básicos da fenomenologia. **Fenomenologia e Psicologia**. V. 1, n. 1, 2013.
- HUSSERL, E. (1901) **Investigações lógicas**: segundo volume, parte I: investigações para a fenomenologia e a teoria do conhecimento. Rio de Janeiro: Forense, 2012.
- HUSSERL, E. (1913). **Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica. Introdução geral à fenomenologia pura**. São Paulo: Ed. Idéias e Letras, 2006.
- HUSSERL, Edmund. (1907). **A ideia da fenomenologia**. Tradução Artur Morão. Rio de Janeiro: Edições 70, 2000.
- HUSSERL, Edmund. (1931). **Meditações cartesianas**. Tradução de Frank de Oliveira. São Paulo: Madras, 2001.
- HUSSERL, Edmund. **A filosofia como ciência de rigor**. Coimbra: Atlântida, 1965.
- HUSSERL, Edmund. **Husserliana 16. Ding und Raum: Vorlesungen**. Ed. Ulrich Claesges. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1973.
- JACÓ-VILELA, Ana Maria *et al* (org.). **História da psicologia**: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2014.
- JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de Filosofia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- KARWOWSKI, Silverio Lucio. O silêncio do paciente em psicoterapia – breve revisão bibliográfica. **Anais**. I Congresso Brasileiro de Psicologia & Fenomenologia. Curitiba: UFPR, 2013.
- LIMA, D. F et al. Os sentidos da escuta fenomenológico-existencial. In: MORATO, H. T. P et al. **Aconselhamento Psicológico numa Perspectiva Fenomenológica Existencial**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.
- LIMA, David Souza et al. Mutilação genital e psicose. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 88-90, 2005.
- LUCKESI, Cipriano. **Introdução à Filosofia**: aprendendo a pensar. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- MACEDO, Jefferson Lessa Soares de; ROSA, Simone Corrêa; SILVA, Mariana Gomes e. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 387-391, Dec. 2011

MARANHÃO. **Boletim Social do Maranhão**: Suicídio no MA – Informação em defesa da vida. Vol 01. IMESC, São Luís, 2019.

MARTINS, Dayse M. Por **uma história da inclusão de alunos com transtorno mental na Educação de Jovens e Adultos no Brasil**. In: MONTENEGRO, Rúbia Kátia Azevedo (Org). Educação: possibilidades e caminhos. Campo Grande: Editora Inovar, 2019. p. 389 - 401.

MILAGRES, Andréa Franco. Corpo e automutilação na esquizofrenia. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 447-459, Sept. 2006.

MILLON, T. (org.) **Teorias da Psicopatologia e Personalidade**: Ensaio e Críticas. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

MINAYO, MCS, et al. Tédio enquanto circunstância potencializadoras de tentativas de suicídio na velhice. **Estud Psicol**. Mar 2016

MISSAGGIA, Juliana. **Por uma fenomenologia encarnada**: corpo e intersubjetividade em Husserl. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2016.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira et al. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, dez. 2007.

NASCIMENTO, R. O. Quem não escuta tagarela. **Filosofia Ciência e vida**. 12 set 2008.

NUCCI, M. G. DALGALARRONDO, P. **Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 2, 2000.

PLATÃO. **Apologia de Sócrates**. tradução de Jean de Melville. São Paulo: Martin Claret, 2006.

REIS, Carlos E. S. **Do corpo objeto ao corpo vivido: aproximações entre automutilação e fenomenologia**. Revista IGT na Rede, v. 15, nº 29, 2018.

ROSA, NM, et. al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **J Bras. Psiquiatr**. Set 2016

RUA, M. das G. **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. [S. l: s. n.], [20--?]. Mimeo.

SANCHEZ, D. G. . **Estranheza e Propriedade**: a experiência da empatia em Edmund Husserl. Revista Ek-stasis , v. 3, p. 99-111, 2015.

SANT'ANA, Izabella Mendes. Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo , v. 11, n. 1, p. 120-138, jun. 2019 .

- SANTOS, A. A. et al. Automutilação na Adolescência: compreendendo suas causas e consequências. João Pessoa: **Revista Temas em Saúde**, volume 18, número 3, 2018.
- SARTRE, Jean-Paul. **Situations II**. Paris: Gallimard, 1948.
- SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- SILVA, Wânia Suely Santos da et al. Das possibilidades de trabalho com a psicanálise no contexto de uma clínica-escola. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 143-156, abr. 2018.
- SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; PADOVAM, Valquiria Aparecida Rossi. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 201-209, June 2008
- SPECTOR, P. E, editor. **Psicologia nas organizações**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- TEIXEIRA, E. H. MENEGUETTE, J. DALGALARRONDO, P. **Matricídio, seguido de canibalismo e automutilação de pênis e mão em paciente esquizofrênico motivado por delírios religiosos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 61, n. 3, p. 185-188, 2012.
- THYSSEN, L. S. CAMP, I. V. **Non-Suicidal Self-Injury in Latin America**. *Salud Mental*, v. 37, n. 2, p. 153-157, 2014.
- TOURINHO, C. D. C. (Org.). **Temas em Fenomenologia**. Rio de Janeiro Booklink, 2012.
- VILHENA, Junia de. Corpo como tela... navalha como pincel. A escuta do corpo na clínica psicanalítica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 691-706, Dec. 2016 .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2019b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>. Acesso em: 10 out 2019.

ANEXO A – Ficha de Notificação de Violência interpessoal / autoprovocada

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09
	3 Data da notificação			
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento
Dados de Residência	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor
	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe	
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados Complementares	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)	
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil			
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual	37 Identidade de gênero:		
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
49 Ponto de Referência	50 Zona	51 Hora da ocorrência		
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	(00:00 - 23:59 horas)		
52 Local de ocorrência	53 Ocorreu outras vezes?			
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	54 A lesão foi autoprovocada?			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandimento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados do provável autor da violência	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____	
Observações Adicionais: _____			

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovoçada		Sinan	SVS 15.06.2015