

AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL COM ADOLESCENTES QUE APRESENTARAM EPISÓDIOS DE AUTOMUTILAÇÃO: relato de experiência

PSYCHOSOCIAL EVALUATION WITH ADOLESCENTS WHO PRESENTED EPISODES OF SELF-MUTILATION: experience report

TÍTULO EN EVALUACIÓN PSICOSOCIAL CON ADOLESCENTES QUE EPISODIOS DE AUTOMUTILACIÓN PRESENTADOS: relato de experiencia

Eliezer Grillo Barbosa¹

Cinara Costa de Souza Valin²

Cristiano Vicente da Silva³

Flavia Thays Ferreira Castanho Paiva⁴

José Roberto Dias de Souza⁵

RESUMO: Este artigo se constitui na modalidade de relato de experiência desenvolvido por um psicólogo, a partir da experiência oriunda de uma avaliação psicossocial, realizada com 9 adolescentes, com a faixa etária dos 14 aos 17 anos, que apresentaram episódios de automutilação, o processo avaliativo se deu numa escola municipal de um distrito ligado a cidade de Campo Grande - MS. O Objetivo foi descrever o processo de avaliação psicossocial, apresentando as percepções vivenciadas durante a execução da avaliação e

¹ Graduado em Administração; Pós Graduado MBA Executivo em Gestão de Pessoas; Psicólogo; Mestre em Psicologia da Saúde; Pós Graduado em Avaliação e Perícia Psicológica pela Universidade Católica Dom Bosco. Docente do Curso de Psicologia do Instituto Avançado de Ensino Superior e Desenvolvimento Humano – Insted. Psicólogo concursado na Prefeitura Municipal de Campo Grande, lotado na secretaria de assistência social, na área de gestão do trabalho e educação permanente. E-mail: eliezergrillo@hotmail.com

² Graduada em Teologia; Graduada em música e repertórios; Especializada em capelania estudantil; Estudante do curso de Psicologia no Instituto Avançado de Ensino Superior e Desenvolvimento Humano - Insted. E-mail: cinarasouzavalim@gmail.com

³ Estudante do curso de Psicologia no Instituto Avançado de Ensino Superior e Desenvolvimento Humano - Insted. E-mail: cvds2014@gmail.com

⁴ Graduada em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas; Professora; Pós Graduada em Metodologias e Gestão Para Educação a Distância; Pós Graduada em Psicomotricidade Institucional, Clínica e TGD/TEA; Pós Graduada em Neuropsicopedagogia Institucional e Clínica; Pós Graduada em Análise do Comportamento Aplicada; Estudante do curso Psicologia no Instituto Avançado de Ensino Superior e Desenvolvimento Humano - Insted. E-mail: ftfcastanho@gmail.com

⁵ Estudante do curso de Psicologia no Instituto Avançado de Ensino Superior e Desenvolvimento Humano - Insted. E-mail: Jose.novo.roberto@gmail.com

citando os principais desafios de tal prática. A experiência permitiu perceber que a avaliação psicossocial aplicada ao contexto comunitário é perfeitamente possível, e ao se levar em consideração as diversas variáveis do fenômeno que se apresenta, torna-se mais significativa e plausível, possibilitando a reflexão crítica da realidade e construindo caminhos para a mudança social.

PALAVRAS-CHAVE: 1º Avaliação Psicossocial. 2º Adolescência. 3º Automutilação.

ABSTRACT: This article constitutes the experience report modality developed by a psychologist, based on the experience derived from a psychosocial evaluation, carried out with 9 adolescents, aged between 14 and 17 years old, who presented episodes of self-mutilation, the evaluation process took place in a municipal school in a district connected to the city of Campo Grande - MS. The objective was to describe the psychosocial assessment process, presenting the perceptions experienced during the assessment and citing the main challenges of such practice. The experience allowed us to realize that the psychosocial assessment applied to the community context is perfectly possible, and when taking into account the various variables of the phenomenon that is presented, it becomes more significant and plausible, enabling a critical reflection of reality and building paths for social change.

KEYWORDS: 1º Psychosocial Assessment. 2º Adolescence. 3º Self-mutilation.

RESUMEN: Este artículo constituye la modalidad de relato de experiencia desarrollado por una psicóloga, a partir de la experiencia derivada de una evaluación psicossocial, realizada con 9 adolescentes, con edades entre 14 y 17 años, que presentaban episodios de automutilación, el proceso de evaluación se llevó a cabo en una escuela municipal de un barrio ligado a la ciudad de Campo Grande - MS. El objetivo fue describir el proceso de evaluación psicossocial, presentando las percepciones vividas durante la evaluación y citando los principales desafíos de tal práctica. La experiencia nos permitió darnos cuenta que la evaluación psicossocial aplicada al contexto comunitario es perfectamente posible, y al tomar en cuenta las diversas variables del fenómeno que se presenta, se vuelve más significativa y plausible, posibilitando una reflexión crítica de la realidad y construyendo caminos para el cambio social.

PALABRAS CLAVE: 1º Evaluación Psicossocial. 2º Adolescencia. 3º Automutilación.

INTRODUÇÃO

Atualmente a automutilação e o suicídio estão presentes no contexto de vida de crianças e adolescentes, e tem se tornado um fenômeno que chama atenção de estudiosos, poder público e sociedade de um modo geral. De acordo a publicação da Organização Mundial da Saúde, intitulada "*Suicide in the world Global Health Estimates*" (Suicídio no mundo: Estimativas Globais de Saúde), depois dos acidentes de trânsito o suicídio é considerado a segunda causa de morte da população, com a idade entre 15 e 29 anos, em todo o mundo (OMS, 2019). Mesmo

diante dessa realidade alarmante se observam poucos estudos que se propõem a compreender esse contexto de forma holística.

De acordo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no ano de 2018 foram notificados no país, por meio do banco de dados do datasus, um total 13.443 casos de automutilação entre adolescentes, na faixa de etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2020). Refletir sobre a automutilação na adolescência demanda ampliar a visão para além do recorte reducionista associado ao modelo biomédico, desafia a um olhar que vá em direção a multicausalidade típica do emaranhado de variáveis que podem contribuir para a ocorrência de tal prática (modelo psicossocial).

Deste modo o campo da avaliação psicológica no contexto social mostra-se como um lugar possível de intervenção, que se apropria do arcabouço de informações que estão disponíveis no território, com a população de estudo, utilizando esse material tanto na análise das situações, como nas propostas de intervenções.

O presente trabalho configura-se como um relato de experiência com o qual objetivou-se descrever o processo de avaliação psicossocial, apresentando as percepções vivenciadas durante a execução da avaliação e citando os principais desafios de tal prática. O estudo está organizado do seguinte modo, referencial teórico apresentando o psicólogo no campo da assistencial social, a avaliação psicológica numa fase de vida tão importante que é a adolescência, a avaliação psicossocial com adolescente em situação de vulnerabilidade social e por fim a automutilação na adolescência. Após essa contextualização apresenta-se os objetivos que norteiam o artigo, método científico que o qualifica, procedimentos metodológicos que descreve o percurso feito no processo de avaliação psicossocial com adolescentes que se auto mutilaram, na seção resultados e discussões existe a exposição dos principais achados oriundos da avaliação e sua comparação com outros estudos. Nas considerações finais se tem apontamentos sobre a importância da avaliação psicossocial como potência de transformação social, traz também os desafios e elementos que facilitaram o processo de avaliação, assim como mostra a motivação do autor ao executar o trabalho.

2 O PSICÓLOGO NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

Um dos marcos importantes que aconteceu como consequência da Constituição de 1988, é a criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) no ano de 1993, que passa a organizar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Além da segurança legal, traz um arcabouço de ideais, conceitos e direitos, modificando a forma de conceber a assistência social, alterando seu status legal e político (BRASIL, 2009; SILVA; COGORZINHO, 2011).

Com a implementação das várias políticas públicas que se seguiram após o advento da Constituição de 1988, especificamente a partir do ano 2000, os psicólogos tiveram uma participação social significativa no tocante às necessidades sociais da população. A psicologia passa a exercer um papel fundamental nas discussões envolvendo a garantia, proteção e promoção dos direitos, especialmente junto às classes sociais mais vulneráveis (MORAIS; FONSECA; GONÇALVES, 2017).

Em 2004 o Conselho Nacional de Assistência Social (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). No ano posterior 2005 surge o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), também com a função de dar forma e operacionalizar a assistência social, com orientações no que diz respeito à território, descentralização político e administrativa, financiamento, política de recursos humanos, controle social, informação, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2005).

Dando continuidade nessa organização surge em 2006 a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH/SUAS) que modifica a dimensão político-conceitual, o rumo da assistência social e o modo de trabalho dos profissionais envolvidos. Além de significar a materialização e ordenamento para o campo laboral, no que diz respeito às equipes de referências que prestam serviços, nos equipamentos de assistência social caracterizados como Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro Especializado de Referência Social (CREAS). Essa norma serviu também para o reconhecimento da contribuição dos profissionais da assistência social como agentes de suma importância para a defesa e garantia dos direitos atribuídos pela política pública (CFP, 2012).

O psicólogo se insere nessa categoria de profissionais do SUAS oficialmente no ano de 2007, por meio de uma pactuação da NOB/RH/SUAS, em que define a

composição da equipe técnica por meio da dupla assistente social e psicólogo, sendo considerado um dos principais profissionais dessa equipe (BOTARELLI, 2008).

O CRAS como equipamento da assistência social é um dos locais em que o profissional da psicologia desempenha seu trabalho. Esse equipamento é responsável por oferecer serviços de proteção social básica e assistência social de modo continuado às famílias, grupos e indivíduos em condição de vulnerabilidade social (BRASIL, 2009).

Nessa mesma direção o fazer do psicólogo no CRAS deve estar orientado para a atenção e prevenção a situações de risco, devendo atuar na realidade de vulnerabilidade social por meio do fortalecimento dos vínculos sociofamiliares, comunitários e por meio do estímulo ao desenvolvimento de potencialidades e aquisições individuais e coletivas (CFP, 2008). No tocante ao planejamento dos projetos baseados na política de assistência social em territórios de risco e vulnerabilidade social, cabe ao psicólogo e assistente social, se corresponsabilizarem pelo planejamento e execução de ações baseadas na referida política. Suas intervenções devem priorizar o aspecto psicossocial, elaborando projetos de modo interdisciplinar (BRASIL, 2009).

De igual modo o Conselho Federal de Psicologia (2008) afirma que o trabalho do psicólogo nesse contexto deve ter compromisso com a redução do sofrimento da teia social, logo torna-se primordial o reconhecimento das diferenças de cada comunidade, permitindo elaborar um plano que venha de encontro com as vulnerabilidades, situações sociais, históricas, culturais e políticas.

3 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E ADOLESCÊNCIA

A avaliação psicológica pode ser entendida como um processo técnico- científico que tem como escopo compreender as características psicológicas de sujeitos e/ou grupos. Como campo de estudo e prática lança mão da investigação, análise e interpretação de dados levantados junto às pessoas avaliadas. Ela pode ser considerada dinâmica e trabalha com um arcabouço de informações de caráter elucidativo sobre os fenômenos psicológicos, com objetivo de contribuir nos diversos campos de atuação do profissional de psicologia, como por exemplo, saúde, educação, trabalho e direito (CPF, 2013).

Longato (2015) coaduna com esse pensamento afirmando que a avaliação psicológica deve levar em conta os elementos da dinâmica do indivíduo, associando-os com as dimensões cognitivas, afetivas e sociais, sem perder de vista o contexto ambiental em que essas são vividas. De igual modo o Conselho Federal de Psicologia (2003) salienta que o produto final da avaliação psicológica deve fornecer material suficiente para a análise dos constructos históricos e sociais de modo a não atuar apenas no nível individual, mas também intervir nos seus fatores condicionantes, entendendo que os resultados geram impactos interessantes das pessoas, grupos e sociedade.

Por fim vale enfatizar que o processo de avaliação psicológica em sua complexidade abarca diversas ferramentas para a compreensão do funcionamento psicológico de cada probando, podendo inclusive recorrer aos testes psicológicos, que podem ajudá-lo no levantamento de dados, porém é decisão do psicólogo optar ou não por esses no contexto em que se pretende avaliar. Caso decida por utilizá-los, deve fazê-lo de modo a garantir o mínimo de controle das variáveis que podem influenciar no momento de sua aplicação como, por exemplo, materiais necessários, espaço físico, tempo, iluminação, bem estar físico e psíquico do probando (PASQUALI, 2010).

Como dito anteriormente, o teste psicológico é apenas uma das ferramentas que o psicólogo pode se apropriar num processo de avaliação, porém existem outras fontes que podem ser utilizadas como inventários, entrevistas, observações e questionários (MEYER, *et al.*, 2001; URBINA, 2014).

Quanto à adolescência numa visão neurobiológica pode ser entendida como um momento do desenvolvimento do ciclo vital em que acontecem uma série de mudanças, dentre elas maturação física, experimentação de situações novas, maximização da interação social, busca por aprovação ambiental e desenvolvimento do córtex cerebral (CASEY; GETZ; GALVAN, 2008; DAHL; GUNNAR, 2009; SHIRTELIFF; DAHL; POLLAK, 2009).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), documento que consolida o direito desses, faz a seguinte classificação etária, sujeitos com até

12 anos incompletos são considerados crianças e indivíduos que possuem de 12 a 18 anos incompletos são tidos como adolescentes (BRASIL, 1990).

Erikson (1972) importante estudioso da teoria do desenvolvimento psicossocial diz que a adolescência é influenciada por diversas situações, como a consciência de ocupar um novo espaço no mundo, o descortinar de uma realidade ainda não conhecida e perda de certas referências. Nessa fase da existência, a pessoa vivencia o que ele denominou de crise de identidade, que é caracterizada pela busca do seu verdadeiro eu.

Dias, Saitter e Cunha (2015) coadunam com esse pensamento afirmando que nesse momento em que o adolescente experimenta essa crise confusional, existe a demanda em compartilhar seus medos, angústias e a busca por encontrar um padrão que o ajude com suas ações e ideias. Desta forma este procura identificar-se no seu grupo de iguais, criando grupos, em que se percebe certa uniformidade nas ações, modo de pensar e compartilhamento de hábitos.

De acordo com Antony (2013) a partir da abordagem psicológica da Gestalt-terapia os sujeitos na adolescência vivenciam importantes marcos existenciais, que contribuirão para um desenvolvimento saudável, mas que podem causar dificuldades de manejo devido ao desconhecimento do que estão vivendo. Desta forma conceitua esses marcos como, ampliação da consciência de modo holístico, redefinição dos limites do self e das fronteiras egóicas, revalidação das fronteiras de contato, questionamento dos introjetos sociofamiliares, libertação da simbiose familiar.

Segundo Aberastury e Knobel (1986) o adolescente passa por uma fase de conflito entre os processos de dependência e independência, após a resolução desse conflito quando desenvolvimento biológico for acompanhado pela maturidade afetiva e intelectual, o indivíduo estará apto à entrada no mundo adulto, levando consigo uma série de valores que estará com ele durante toda a sua existência.

Bock (1997) em uma crítica às teorias psicológicas que mesmo se propondo a entender a adolescência pelo modelo biopsicossocial, ainda se perdem, diz que em alguns momentos a ênfase está apenas à dimensão biológica, em outro

momento foca nas causas ambientais e em outro aos condicionantes sociais, não conseguindo transpor a visão fragmentada de sujeito.

Nesse mesmo sentido Oliveira *et al.* (2015) reforça que o psicodiagnóstico utilizado como elemento de compreensão dos transtornos e conflitos da adolescência é bem diferente do adulto. Variáveis ligadas ao ambiente psicoterapêutico, contrato, duração das sessões, modos de analisar os conteúdos, o vínculo terapêutico e a maneira de manejar as transferências e contratransferências são de modo geral bem diferentes e singulares no psicodiagnóstico do adolescente.

Para além da dimensão exclusivamente clínica, Outeiral (2003) entende a adolescência por meio da díade psicológico e social. Reitera que para se compreender a adolescência de modo mais completo por meio dos vieses teórico e conceitual, é necessário observar as nuances que se diferenciam através do meio social, econômico e cultural em que o adolescente se insere.

3.1 AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL COM ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

A avaliação psicológica no âmbito da assistência social deve se atentar primeiramente a especificidade própria dessa política que é trabalhar junto às pessoas que estão em situações de risco e vulnerabilidade social, recorrendo às potencialidades oriundas dos vínculos familiares e comunitários. Isso significa posicionar a psicologia a serviço da comunidade, garantindo o compromisso ético-político como defensor dos direitos socioassistenciais (BUTTURE, 2016).

Sob essa mesma ótica Hutz e Silva (2002) corrobora dizendo que a avaliação psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco mostra-se desafiadora. Afirma ainda que antes de se pensar em debater sobre as dificuldades e possíveis saídas para a avaliação psicológica com esse público, faz-se necessário uma melhor compreensão do o que quer dizer estar em situação de risco e evidenciar alguns motivos que tornam fundamental que esses processos avaliativos sejam executados com eficiência e eficácia.

Nesse sentido, risco está associado a realidades, contextos e processos deletérios que, quando atuantes, maximizam as chances do sujeito apresentar problemas físicos, cognitivos, sociais e emocionais (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Já o termo vulnerabilidade está relacionado a quanto de recursos materiais e imateriais os sujeitos e/ou famílias dispõem para o enfrentamento dos riscos que estão presentes no contexto, e seu potencial para lançar mão de mecanismo que lhe permitam atingir índices razoáveis de segurança individual e coletiva (CARNEIRO; VEIGA, 2004).

Nessa direção, por mais que se possa achar que a vulnerabilidade se apresenta com maior frequência nas populações pobres, nos países que seguem o modo de produção capitalista, em que as relações sociais se mostram de maneiras notadamente complexas, a variável econômica é importante, porém não determinante. Por causa da dificuldade de acesso à renda, as pessoas tornam-se excluídas ou têm seu acesso aos mecanismos de superação das vulnerabilidades dificultados, sejam tais mecanismos materiais ou capacidades imateriais, como autonomia, liberdade ou autorrespeito. (SPOSATI, 2009; MAGALHÃES, 2009; LAJUS, 2010).

Em se tratando de fatores de risco na adolescência estudos têm atribuídos sua existência relacionada aos contextos constitucionais e ambientais, que podem ser descritos como variáveis individuais (biológico, temperamento, sintomatologia) e familiar (histórico parental, dinâmica familiar) ou ambiental (contexto cultural e socioeconômico) (BORDIN; OFFORD, 2000; MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).

Estudo realizado por Brasil *et al.* (2006), investigou as situações de risco psicossociais de adolescentes no Distrito Federal, utilizando um instrumento que levantava o perfil de adolescentes em situação de risco. Ficou evidenciado que a violência, as tentativas de suicídio, envolvimento com drogas e a sexualidades foram considerados fatores de riscos na percepção dos adolescentes pesquisados. Mais de 10% desses jovens já tinham tentado suicídio, sendo as principais causas problemas familiares, falta de sentido de existir, frustração amorosa, dificuldades econômicas e uso de drogas.

Outra importante fonte nacional de dados que pode ser considerada para análise dos riscos são as notificações do Disque Direitos Humanos, que no ano de 2019 constatou aumento de 13,9% comparado com o ano anterior, nas ligações envolvendo violência contra crianças e adolescentes. O tipo de violência mais prevalente identificado nas notificações foi negligência, seguida de violência psicológica, física e por último a sexual. O perfil da vítima foi caracterizado da seguinte forma: 56% eram do sexo feminino, 44% do sexo masculino, 43% com idade entre 0 e 11 anos, seguido pela faixa etária de 12 a 17 anos (BRASIL, 2019).

Após elucidar os principais fatores de risco relacionados com a adolescência torna-se interessante apresentar também os fatores de proteção, entendendo que uma avaliação psicológica nesse campo deve se atentar a essas variáveis que podem contribuir para o enfrentamento ou mitigação dos efeitos deletérios do risco. Deste modo Mosqueira (2013) salienta que a identificação de fatores de risco, deve ser feita juntamente com o levantamento dos fatores de proteção, esse último entendido como condições que ao entrar em contato com os elementos de risco, diminuem sua influência sobre o comportamento do adolescente.

Hutz e Koller (1999) ratificam tal pensamento citando a utilidade em se avaliar as dimensões sócio-psicológicas e sócio-demográficas que podem estar diretamente ligadas a resiliência, vulnerabilidade e fatores de proteção. Esses mecanismos de proteção podem ser considerados todas aquelas influências que contribuem para um melhor enfrentamento dos sujeitos a ambientes danosos que predispõem a consequências mal adaptativas.

O Conselho Federal de Psicologia (2009) afirma que o suporte social ou fator de proteção social pode ser entendido como: a) características próprias do sujeito (autoestima e habilidade social), b) apoio afetivo recebido por integrantes familiares ou da rede social por meio de vínculos saudáveis, c) apoio social externo (indivíduos ou instituições do território com quem a pessoa possa contar e ou elementos materiais ou humanos que podem atuar como fator de proteção social).

Quanto à avaliação psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco torna-se um processo complexo, as diretrizes éticas devem ser seguidas durante toda a execução do trabalho. O psicólogo deve dominar as fases do

desenvolvimento humano, ter conhecimento de psicopatologia, entender as legislações vigentes e compreender a dinâmica das situações de risco (HOHENDORFF; HABIGZANG, 2014).

De acordo com Petersen e Koller (2006) a avaliação psicológica nesse contexto deve incluir os pais e/ou responsáveis e professores. Estes últimos podem ser importantes quando se faz necessário realizar um rastreamento em grandes grupos.

Sugere ainda que na avaliação sejam utilizados questionários dirigidos aos professores ou mesmo protocolos de observação, possibilitando acompanhar de perto aqueles adolescentes que, participantes de programas preventivos, pudessem ter a rede de proteção acionada, diminuindo efeitos prejudiciais no futuro.

Hohendorff e Habigzang (2014) contribuem para o processo de avaliação psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco, trazendo a sistematização da mesma em 11 passos, os quais foram utilizados inicialmente para avaliação psicológica em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Os passos são descritos da seguinte forma: 1. Criação de vínculo entre avaliador e avaliado; 2. Levantamento do relato da situação de risco; 3. Análise da situação atual; 4. Notificação para autoridades competentes as situação de risco; 5. Certificação que todos os atendimentos estão sendo dispensados à criança e/ou adolescente; 6. Avaliação de sinais e sintomas psicopatológicos; 7. Avaliação do risco de suicídio; 8. Avaliação de existência de outras situações de risco; 9. Levantamento de recursos saudáveis e de enfrentamento assertivo por parte da avaliando; 10. Identificação da rede de suporte social e afetiva; 11. Encaminhamentos (realização de encaminhamentos a serviços ou programas específicos sejam médicos, psicossociais, psicológicos, programas sociais, para isso o profissional deve conhecer os serviços disponíveis no território).

Para alguns pesquisadores, os profissionais que realmente se importam com crianças e adolescentes em situação de risco e que enfrentam condições precárias de desenvolvimento, se interessam mais do que simplesmente analisar a relação entre risco social, pessoal e efeitos psíquicos. Seu comprometimento com o

contexto social faz com que seu trabalho busque resultados com contribuições sociais com foco na redução dos efeitos negativos das condições de vida dos avaliados. Conseguir produzir mudanças reais nos contextos de risco social e precariedade também se configura seu escopo, desse modo acredita que estudar a dimensão psicológica de pessoas em situações especiais de vida possibilitará a construção de políticas públicas adequadas (PETERSEN; KOLLER, 2006).

Nesse sentido autores afirmam que apenas a partir da ampliação do espaço da avaliação psicológica para elementos mais complexos que contemple diversidade das variáveis históricas, socioeconômicas e culturais que o processo de avaliação psicológica deixará de servir como mera ferramenta de manutenção do modelo positivista, abarcando elementos mais amplos e variados, adquirindo formato verdadeiro de uma avaliação psicossocial (GUZZO; MOREIRA; MEZZALIRA, 2011, GUZZO, 2005).

4 AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Desde muito tempo se vê a automutilação em relatos históricos e nas produções literárias, como na tragédia de Édipo Rei, de Sófocles, na bíblia entre outros. O primeiro artigo que se tem registrado explicitando caso de automutilação data-se de 1846, em que uma mulher durante um episódio maníaco depressivo arranca os próprios olhos. Ao final do século XIX existem também relatos de mulheres com diagnóstico de histeria que perfuravam a pele com agulhas (ARANTAGY *et al.*, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Neste sentido historicamente percebe-se a automutilação acontecendo ao longo do desenvolvimento da humanidade, diversos povos em suas tradições e rituais se utilizaram da prática autodestrutiva, seja como modo de expressar sua religiosidade ou como símbolo social de um grupo que a pratica. (BORGES, 2012; ALMEIDA; HORTA, 2010; ARCOVERDE; SOARES, 2012).

De acordo com Oliveira (2016) automutilação vem do latim que tem seu correspondente em *mutilatio*, sendo considerado como ato de mutilar uma região do corpo ou ação de cortar, minimizar, abreviar palavras. No inglês seu

correspondente é denominado *cutter* e traduzido por sujeito que se corta ou cortador.

Alguns autores conceituam autolesão se referindo a um agrupamento de agressões feitas pelo indivíduo de forma deliberada, intencionalmente, um comportamento atual que normalmente ocorre na adolescência ou na juventude. A autolesão pode ser classificada em dois grupos de acordo com a intenção do comportamento: com ou sem intenção suicida (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013; SANTOS; FARO, 2018).

O comportamento autolesivo é considerado multifatorial por ter relação com elementos biológicos, psicológicos e sociais, demonstrando assim a complexidade desse fenômeno (ARCOVERDE; SOARES, 2012).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (APA, 2014) a autolesão sem intenção suicida é citada como um comportamento repetido pelo sujeito produzindo ferimentos superficiais, dolorosos, a sua superfície corporal. Essa ação tem por finalidade minimizar sentimentos negativos, como por exemplo, tensão, ansiedade, autocobrança e/ou dar solução a um problema interpessoal.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 (OMS, 2008) a autolesão não suicida compreende movimentos repetidos, com padrão estereotipado e intencional e/ou comportamentos automutiladores, envolvendo as seguintes ações: bater a cabeça, esbofetear o rosto, colocar o dedo nos olhos, cortar-se, morder as mãos, os lábios ou outro membro do corpo, infringir queimaduras.

Na abordagem psicológica denominada Gestalt-terapia o sujeito que apresenta o comportamento de automutilação, pode ser visto como um indivíduo que necessita manejar seus recursos internos e acaba suprimindo sua energia e emoções, de modo a se ver como incapaz de expressar sua insatisfação ao meio. Em se tratando da adolescência, esse sujeito torna-se vulnerável a transtornos quando necessita abandonar a infância, e buscar seu lugar nessa nova fase do ciclo vital, que não é mais conhecida por ele e que também ainda não é a vida adulta,

para finalmente encontrar seu lugar no mundo (COLLAÇO; GRASSI; MASSAD, 2019).

Ainda pela perspectiva psicológica a automutilação está associada a eventos da infância, como ter experienciado eventos traumáticos, divórcio dos pais, distanciamento precoce e/ou duradouro da família, violência psicológica, abuso físico e sexual. Condições ligadas ao tipo de personalidade como, por exemplo, as impulsivas, agressivas, instáveis ou ainda sentimentos de insegurança, visão negativa de si mesmo, do outro e do mundo, são considerados elementos que podem predispor para a instalação do comportamento autodestrutivo (GUERREIRO; SAMPAIO; FIGUEIRA, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Partindo de uma visão neurobiológica a automutilação tem ligação a aspectos neuroquímicos, em que existe uma disfunção envolvendo a endorfina, que é liberada no organismo quando há ocorrência de ferimentos corporais. Nesse momento os sentimentos de dor psíquica, angústia, ansiedade, tristeza é transformada em dor física, porém essa se torna menor devido a ação da endorfina. Todo esse circuito parece bloquear temporariamente o conflito emocional, ao causar analgesia por um curto espaço de tempo. A necessidade de repetição dos rituais de automutilação pode ser explicada como dependência a endorfina, como em todo mecanismo de dependência acontece a tolerância. Logo essa demanda em manter altos níveis de endorfina é acionada de modo a não sentir os efeitos negativos da abstinência e não vivenciar os sintomas emocionais (SELBY *et al.*, 2011).

Estudos com a ênfase social da automutilação pontuam que a grande quantidade de conteúdos online com a temática autolesão, disseminada entre adolescentes, tem causado preocupação no sentido social (CAVALCANTE, 2015; OTTO; SANTOS, 2015).

Sob essa mesma ótica Brown *et al.* (2017) corrobora dizendo que as mídias sociais consideradas principal forma de interação entre adolescentes possuem imagens e comunicações sobre automutilação, sendo facilmente acessada pela internet. Através de um estudo tais autores verificaram também diversos comentários que podem ser interpretados como reforçamento social à prática de

automutilação, ao final os autores sinalizam a necessidade de estratégias de prevenção sobre o que entendem ser um contágio social online (SANT´ANA, 2019).

Segundo Henriques (2018) a automutilação pode ser vista pelo adolescente como contribuição ou orientação de seus pares, indicando uma forma de lidar com os conflitos, que muitas vezes este não consegue expressar. Dessa forma o adolescente procura no meio externo um olhar para si e busca concomitantemente a constituição de uma individuação.

Pesquisa de Bastos (2019) sobre o ambiente escolar sinaliza que este pode ser visto como importante nessa fase de transição que o adolescente vive e também pode influenciar em episódios da automutilação. As instituições de ensino por vezes reforçam elementos de competitividade, normalização, exclusão colocando o estudante num lugar de incômodo e o desafiando a enfrentar essas realidades. Esse por sua vez pode não possuir estruturas psicológicas para tal enfrentamento, tudo isso somado ainda pelas transformações que a fase da adolescência demanda, pode gerar sofrimento intenso.

Nesse mesmo sentido Henriques (2018) entende que a sociedade hodierna cria situações que produzem cobranças e pressões nas dimensões individuais e sociais, elementos ligados a resiliência são demandados, no que diz respeito ao desenvolvimento e conquista do seu lugar na sociedade, são criados contextos que fomentam a necessidade de uma posição social diferenciada, independência financeira, estabilidade profissional e outras conquistas, como na área afetiva e pessoal e etc. Para esse autor o adolescente sofre tensão na família, escola e comunidade, além da pressão por padronização de comportamentos e de seus próprios corpos, essas condições produzem diversas formas de enfrentamento.

Para finalizar torna-se importante frisar que os estudos voltados para a dimensão biopsicossocial podem ser considerados ferramentas para o futuro saudável das pessoas que vivenciam a automutilação na adolescência, fase esta de instabilidades que geram sentimentos, experiências e episódios significativos, que estes não se veem com estrutura psicológica suficiente para enfrentá-los. Assim sendo a automutilação parece ser apreendida com uma maneira de transpor os sofrimentos psicológicos vividos (REIS *et al.*, 2013).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Relatar as experiências vivenciadas pelo psicólogo no processo de avaliação psicossocial com um grupo de adolescentes que apresentaram episódios de automutilação em uma escola municipal num distrito de Campo Grande – MS.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como se deu o processo de avaliação psicossocial;
- Apresentar as percepções vivenciadas durante a execução de tal processo;
- Identificar os principais desafios na avaliação psicossocial.

6 MÉTODO

O presente artigo trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência.

De acordo com Triviños (1987) os estudos descritivos demandam do pesquisador uma gama de informações sobre o fenômeno que se deseja estudar. Essa categoria de estudo tem como objetivo descrever as situações e contextos de determinada realidade.

Por sua vez, a abordagem qualitativa apresenta elementos próprios, inserindo o pesquisador e a sociedade em local definido no mundo, levando-se em consideração o cenário social que vivem os sujeitos, a situação presente é implicada pela situação passada, com reflexos também no futuro. Seu foco está na compreensão dos sentidos atribuídos às vivências e aos comportamentos, englobando uma série de variáveis (crenças, valores, intenções e atitudes) (HOGA; PEREIRA, 2016).

Nessa mesma direção Fonseca (2002), afirma que no relato de experiência, o pesquisador se apropria de várias motivações e metodologias que descrevem seu fazer diante de determinada situação, levando em consideração suas vivências, e demais aspectos que possam influenciar de algum modo aquilo que se relata.

6.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O processo de avaliação psicossocial foi realizado numa escola municipal de um distrito ligado à cidade de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul. Os participantes da referida avaliação foram nove estudantes, com a idade entre 14 e 17 anos, matriculados no 9º ano do ensino fundamental, que apresentaram episódios de automutilação.

Os recursos materiais utilizados foram: sala que garantisse um ambiente agradável, com boa iluminação, ventilação e que proporcionasse sigilo, materiais de expediente e recursos lúdicos.

O primeiro encontro se deu com a direção escolar, responsáveis pelo centro de convivência e fortalecimento de vínculos, representante da área da saúde, CRAS do território e o psicólogo também do CRAS que procedeu com a avaliação. Nesse primeiro encontro foi levantada a demanda inicial, em que foi proposta a avaliação do contexto, uma vez que havia ocorrido vinte e três episódios de automutilação, entre os alunos da referida instituição de ensino e que depois fosse proposta uma estratégia de intervenção. Após esse primeiro encontro o pesquisador realizou aprofundamento teórico do tema (automutilação na adolescência e avaliação psicossocial) para em seguida construir um modelo de avaliação que conseguisse abarcar o fenômeno que ora se apresentava.

Finalizada essa etapa, iniciou-se a avaliação psicossocial, por meio de três encontros com duração de 60 minutos, com frequência semanal, durante três semanas consecutivas, participaram 10 docentes, em que foi possível apresentar a proposta de trabalho, acolher os mesmos em suas dificuldades em manejar os adolescentes, que estavam vivenciando tal situação (automutilação) e colher a percepção desses sobre possíveis causas.

O segundo grupo a ser ouvido foram os pais/responsáveis legais dos alunos, um total de 4 pessoas, participaram de quatro encontros, com duração de 60 minutos, com frequência semanal, durante 1 mês, que serviu para apresentação da proposta de trabalho, acolher os mesmos em suas dificuldades em lidar com os filhos que passavam pela automutilação e problematizar junto a eles possíveis

causas, desmistificar conceitos sobre automutilação que podem contribuir negativamente no enfrentamento de tal realidade.

O último grupo a participar foi o composto por alunos que apresentaram episódios de automutilação, foram realizados 12 encontros com duração de 90 minutos, com frequência semanal, durante três meses. O primeiro passo na condução desse grupo foi a construção de um vínculo entre o psicólogo e os alunos. Esse passo foi fundamental para adesão dos estudantes ao processo de avaliação psicossocial, que por ser novo poderia gerar certo movimento de defesa e até mesmo por causa da temática automutilação que produz uma série de tabus e silêncios. Para facilitar essa fase inicial lançou-se mão de atividades lúdicas adaptadas ao mundo do adolescente como vídeos de personagens humorísticos que apresentavam os desafios em ser adolescente, dinâmicas sobre o adolescer, dentre outras. Assim após a construção vínculo, procedeu-se a aplicação do questionário sociodemográfico emocional, instrumento construído especificamente para essa avaliação psicossocial que serviu para identificar características sócio demográficas (sexo, idade, composição familiar, situação conjugal dos pais, dados escolares, etc) e fatores emocionais (sentimentos prevalentes, autoimagem, conflitos emocionais, vivências de violências e abusos, esperança quanto ao futuro, capacidade em transpor obstáculos da vida, tentativa ou ideação suicida, tratamento psicológico pregresso, histórico de doença mental na família, etc) e também variáveis relacionados a rede de apoio que podem interferir no aumento ou diminuição da vulnerabilidade social e adoecimento. Outro instrumento aplicado nos discentes foi o SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*) trata-se de um questionário de suspeição diagnóstica para transtornos mentais comuns, composto por 20 questões, produzido para realização de screening de distúrbios neuróticos.

Depois de concluídos os encontros com os três atores (docentes, pais/responsáveis e alunos) procedeu-se a elaboração do documento de avaliação psicossocial, em que conteve de forma integrada os principais achados e conclusões. Importante se faz ressaltar que após a finalização desse documento, foi realizado um encontro conjunto em que participaram todos os envolvidos (equipe escolar, pais/responsáveis, alunos, equipe da saúde, centro de convivência

e fortalecimento de vínculos, equipe do CRAS). Nesse encontro o psicólogo responsável efetuou a apresentação dos principais achados, encaminhamentos e orientações/sugestões de como cada pessoa e/ou área de modo integrado poderia contribuir com o enfrentamento da automutilação entre esses adolescentes. Assim como foi feito um momento de *brainstorm* (chuva de ideias), de modo que cada ator envolvido pudesse participar dessa construção coletiva.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados obtidos nesta avaliação psicossocial mostram que: da população de 12 (N=12) alunos que apresentaram episódios de automutilação, participaram das oficinas 9 (n=9) (75%). Os não participantes moravam em locais muito distantes da escola e por esse motivo tiveram participação inviabilizada.

Vale frisar que devido às especificidades do público (estudantes que tiveram episódios de automutilação) e a escassez de publicações nessa área, as comparações dos resultados encontrados na avaliação foram feitas por associação a outros alunos e não necessariamente por estudantes que se automutilaram.

A população dessa intervenção se caracterizou por ser composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino (67%), a faixa etária predominante situou-se entre 14 e 15 anos (56%), seguida da faixa de 16 a 17 anos (33%), apresentando uma média de 14 anos. A escolaridade mínima encontrada foi do 9º ano do ensino fundamental (100%).

No tocante à vivência de experiências de violência, a maioria dos estudantes disseram ter vivenciado (89%), o tipo de violência mais vivido foi a psicológica (58%). O percentual de violência contra adolescentes encontrado nessa intervenção é considerado alto, pois de acordo com o relatório da Unicef intitulado "a familiar face: violence in the lives of children and adolescents" publicado em 2017, no sistema de informação de agravos de notificação do Ministério da Saúde em 2011 foi identificado um total de 62% de crianças e adolescentes (10 a 19 anos) que foram vítimas de violência.

No que se refere à vivência de *bullying* (78%) responderam afirmativo para tal experiência, (78%). Nesse sentido, o percentual encontrado nessa intervenção foi considerado alto quando comparado com pesquisa de saúde mental realizada

com estudantes brasileiros pelo Ministério da Saúde (2015) que identificou que (7,4%) de estudantes sofreram *bullying* na maior parte do tempo ou sempre.

Na presente avaliação, a maioria dos estudantes (67%) refere ter uma boa relação com colegas do ambiente escolar, seguido de (100%) afirmando ter uma boa relação com os professores e direção da escola. Esse achado é muito importante uma vez que pode ser considerado fator de proteção contra automutilação e/ou suicídio, pois segundo Botega (2015) são vistos como fator de proteção entre outros: relações significativas e comunicação aberta com família, escola e comunidade, possuir uma rede de apoio que fortaleça os jovens e lhes dão suporte para lidar com situações problemas.

Quanto aos aspectos emocionais, a maioria dos estudantes não se sentem felizes (78%), não possuem esperança quanto ao futuro (78%), não acreditam que possam vencer os obstáculos da vida (89%), sentem tristeza duradoura (89%). Esses dados são preocupantes uma vez que segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) são considerados fatores de risco para o suicídio entre outros os sentimentos de desesperança, desespero e desamparado.

Os participantes em sua maioria já fizeram algo contra a própria vida (89%), praticaram a automutilação (89%), tentaram suicídio (89%), as causas que motivaram a automutilação ou tentativa de suicídio foram conflitos amorosos (19,47%), conflitos familiares (19,47%), seguido de conflitos ligados ao futuro (13,89%). Esses dados são alarmantes uma vez que de acordo com Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) os dois principais fatores de risco para o suicídio são: tentativa prévia de suicídio e doença mental.

Na presente intervenção no que se refere à rede de suporte socioemocional os participantes em sua maioria sentem que possuem pessoas com quem podem contar em situações adversas (78%), sentiram-se acolhidos pelos amigos após os episódios de automutilação/tentativa de suicídio (75%), outros afirmaram não ter recebido apoio emocional após os episódios de automutilação/tentativa de suicídio (62,5%), não se sentiram acolhidos pela família (62,5%), não se sentiram acolhidos pela escola (50%). Esse achado de não ter recebido apoio emocional após os episódios e não se sentirem acolhidos pela família e escola pode ser considerado

um dado importante a ser trabalhado pela instituição de ensino. De acordo com as definições da UNICEF em sua publicação intitulada “o direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades” (2009), um dos papéis da escola é a proteção da criança e do adolescente, uma vez que é nessa instituição que eles vivem longos períodos de suas vidas. Diz ainda que além do espaço de aprendizagem, a escola é também de relações, de afetos, de valores, de cultura e de direitos, que devem estar refletidos em seu projeto pedagógico, seu currículo, suas práticas e seus sujeitos.

A intervenção revelou uma prevalência de (100%) de suspeição para Transtornos Mentais Comuns (TMC). Na análise por grupo de sintomas do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), observou-se que o mais prevalente foi o relacionado a pensamentos depressivos (89%). Esse achado fruto da intervenção merece especial atenção, pois estamos tratando de sofrimento mental, o percentual encontrado é considerado muito alto de acordo com a pesquisa realizada com adolescentes escolares brasileiros, onde foi encontrada uma taxa de 27,6% de alunos com transtorno mental comum na cidade de Campo Grande – MS (Lopes *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência permitiu perceber que a avaliação psicológica aplicada ao contexto da assistência social, operacionalizada por intermédio da avaliação psicossocial, mostra-se perfeitamente possível e quando se leva em consideração a realidade social local, com suas nuances e variáveis, torna-se ainda mais significativa e plausível. Se implicar com fenômenos tão complexos como a adolescência, automutilação e suas reverberações em nível individual e coletivo, demanda do psicólogo sair de um lugar meramente individualizado e mergulhar nos atravessamentos de tais realidades.

A avaliação psicossocial, como relatada ao longo desse artigo, procura reforçar, na prática, saberes teóricos já consolidados sobre a psicologia como fator de impulsionamento da mudança social, dando luz a elementos muitas vezes negligenciados, por avaliações biomédicas que sinalizam apenas os fatores pessoais

ou constitucionais do indivíduo, fornecendo uma visão reducionista do fenômeno que se apresenta.

Levando-se em consideração que todo o saber científico necessita de um princípio de realidade, infere-se que avaliações psicossociais ou similares estejam ligadas a prévio diagnóstico das condições sociais, econômicas, comunitárias, culturais, familiares, a nível local. Deste modo os processos avaliativos terão a ver com a vida cotidiana dos envolvidos e da comunidade em que se insere. Em razão disso, entende-se que a presente avaliação executada nesse artigo possibilitou a produção de bons resultados, com a construção coletiva de novos caminhos, tanto junto à comunidade, quanto a um trabalho intersetorial (assistência social, educação e saúde) que rompe com os dissabores de uma política pública compartimentalizada, burocrática e morosa, que não foca sua ação nos cidadãos e seus contextos.

Vale registrar alguns desafios que foram encontrados durante a execução da avaliação psicossocial como: a) baixa adesão dos pais na participação nos encontros; b) resistência inicial dos adolescentes em participar de modo genuíno das atividades propostas durante os primeiros encontros; c) no encontro final em que procedeu-se com a devolutiva conjunta com os pais/responsáveis, alunos, equipe escolar, assistência social, centro de convivência e fortalecimento de vínculos e saúde, percebeu-se dificuldade em se pensar e assumir o fenômeno que se apresentava (automutilação) como "nosso", havendo uma tendência à culpabilização ora dos pais para com os filhos e ora da escola para com os pais.

Por outro lado pode-se citar como fatores facilitadores a total abertura e receptividade da comunidade escolar, em colaborar para que a execução pudesse ocorrer da melhor forma possível, disponibilizando diversos recursos como espaço físico, liberação de alunos durante o turno escolar, materiais de expediente, contato dos pais para agendamento dos encontros e etc.

Por fim, a motivação de ser responsável por essa avaliação psicossocial, está no fato de sua importância para os envolvidos (alunos e comunidade em geral), que puderam enxergar o fenômeno da automutilação de modo mais completo, partindo de sua multicausalidade e desmistificando o processo de avaliação

psicológica como fator negativo ou “coisa para pessoas alienadas mentalmente”. Desta maneira foi possível estimular uma visão crítica da realidade social, econômica e política em que estão inseridos, e depois disso se apropriassem de tais elementos com possibilidade de mudanças, daquilo de ora se apresenta, seja melhorando as relações sociofamiliares, se percebendo como cidadãos de direitos e/ou reivindicando políticas públicas que os contemplem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ALMEIDA, C.M.; HORTA, P. Auto-lesão, Auto-mutilação e Auto-agressão: A Mesma Definição? **Espaço Aberto News**. N.16, 2010.

ALMEIDA, R. S.; CRISPIM, M. S. S.; SILVA, D. S.; PEIXOTO, S. P. L. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/ educacional. **Caderno De Graduação - Ciências Humanas e Sociais - ALAGOAS**, v. 4, n. 3, p.147-160, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-5** (5a. ed.; M. I. Nascimento et al. Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

ANTONY, S. O Adolescente com Transtorno de Conduta – A carência Afetiva por Trás da Violência. In: ZANELLA, R (org). **A clínica Gestáltica com Adolescentes Caminhos Clínicos e Institucionais**. São Paulo: Summus, 2013. cap. 6, p. 125 – 149.

ARANTAGY, E.; RUSSO, F.L.; GIUSTI, J.S.; CORDAS, T.A. **Como lidar com a automutilação**. São Paulo: Hogrefe, 2018.

ARAÚJO, J. F.; SCHEINKMAN, D. C.; CARVALHO, I. S.; VIANA, T. C. **O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão**. São Paulo: Estilos da clínica, 2016.

ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. C. Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: **Revisão Integrativa de Literatura**. Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 293-300, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio (2014). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CBM/ABP. Disponível em <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>

BASTOS, E. M. Automutilação de adolescentes: um estudo de caso em escola pública de fortaleza. **Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 3, n.3, p. 156-191, 2019.

BOCK, A. M. B. **As aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia**: Um estudo sobre o significado do fenômeno psicológico na categoria dos psicólogos. 1997. Tese (Doutorado não publicada) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1997.

BORDIN, I. A.; OFFORD, D. R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 12-15, 2000.

BORGES, C. N. L. O. **À Flor da Pele**: Algumas Reflexões a Propósito de Estudo de Caso Sobre Autolesão. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, 2012.

BOTARELLI, A. **O psicólogo nas políticas de proteção social**: uma análise dos sentidos e da práxis. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BOTEGA, N.J. **Crise suicida, avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL, K. T.; ALVES, P. B.; AMPARO, D. M.; FRAJORGE, K. C. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. **Paideia**, v. 16, n. 35, p. 377-384, 2006.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. Brasília: 2015. Acesse em: saude.gov.br/saude-de-a-z/pense.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Automutilação e Suicídio**. Gov.br, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/dados-e-indicadores/automutilacao-e-suicidio>

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS anotada**. Brasília, 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS, Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, 2005

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria nacional de assistência social. **Orientações Técnicas Centro de Referência de Revista Camalotes – RECAM**
Faculdade INSTED - Campo Grande – MS - Brasil
<https://periodicos.insted.edu.br/recam/index>

Assistência Social CRAS, ed.1. Brasília, 2009.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Balanço Disque 100. **Gov.br**, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>

BROWN, R. C., FISCHER, T., GOLDWICH, A. D., KELLER, F. Cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. **Psychological Medicine**, v.48, n.2, p.337-346, 2017.

BUTTURE, P.M. Avaliação Psicológica no Campo Social. In: MADER, B.J. (org). **Caderno de avaliação psicológica: dimensões, campos de atuação e atenção**. Curitiba: Conselho Regional de Psicologia, 2016. p. 33-36.

CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. **O conceito de inclusão, dimensões e indicadores**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, jun. 2004. (Pensar BH – Política Social, 2.).

CASEY, B. J.; GETZ, S.; GALVAN, A. O cérebro do adolescente. **Revisão do desenvolvimento** , v. 28, n. 1, pág. 62-77, 2008.

CAVALCANTE, J. B. **O Tumblr da autolesão: abordagem etnográfica sobre o cutting numa rede sociotécnica**. I CONACSO - Congresso Nacional de Ciências Sociais. Vitória- ES, 2015.

COLLAÇO, F; GRASSI, A; MASSAD, A. **Automutilação na adolescência e a gestalt- terapia**. In: EVINCI – UniBrasil, I, 2019, Curitiba. Anais. Curitiba: UniBrasil, 2019. p.450-450.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Cartilha Avaliação Psicológica**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

_____. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referência Técnica para a atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

_____. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências técnicas para Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

_____. **Resolução nº 002 de 24 de março de 2003**. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Conselho Federal de Psicologia: Brasília, 2003.

_____. **Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias:** referências para a atuação do psicólogo / Conselho Federal de Psicologia. -Brasília: CFP, 2009.

DAHL, R. E.; GUNNAR, M. R. Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: implications for psychopathology. **Development and psychopathology**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2009.

DIAS, A.; SAITER, M.; CUNHA, N. Avaliação de Fatores de Risco na Adolescência. **Educare, Revista Científica de Educação**, v. 1, n. 1, p. 115-132, 2015.

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D.; FIGUEIRA, M. L. **Relatório da investigação "comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping"**. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2014.

GUERREIRO, D.F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev Port Saúde Pública**. v.31,n.2, p.213 - 222, 2013.

GUZZO, R. S. L. Escola amordaçada – compromisso do psicólogo com esse contexto. *In:* MARTÍNEZ, A. M. (org.). **Psicologia escolar e compromisso social**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2005. cap. 1, p. 17-29.

GUZZO, R.S.L.; MOREIRA, A.P.G.; MEZZALIRA, A.S.C. Avaliação Psicossocial: Desafios para a Prática Profissional nos Contextos Educativos. **Avaliação Psicológica**, v. 10, nº. 2, p. 163-171, ago. 2011.

HENRIQUES, A. A. C. **Clima familiar e sintomatologia ansiosa e depressiva em adolescentes:** Qual o papel da resiliência? 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2018.

HENRIQUES, R. L. S. P. A automutilação nas políticas públicas de saúde mental: um olhar através do biopoder e sociedade disciplinar foucaultiana. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p.172-189, 2018.

HOGA, L. A. K.; PEREIRA, P. F. Paradigmas de pesquisa. *In:* HOGA, L. A. K. BORGES, A. L. V. **Pesquisa empírica em saúde:** guia prático para iniciantes. 1. ed. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2016. p. 13-21.

HOHENDORFF, J.V.; HABIGZANG, L.F. Atuação do profissional da psicologia na avaliação e intervenção em situações de violência sexual contra adolescente. In: KOLLEER, S.H; DINIZ, E.; HABIGZANG, L.F (orgs). **Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014. cap. 18, p. 293-308.

HUTZ, C. S.; KOLLER, S. H. Methodological and ethical issues in research with street children. **New Directions For Child And Adolescent Development**, v.85, p. 59-70, 1999.

HUTZ, C.S.; SILVA, D.F.M.D. Avaliação Psicológica com crianças e adolescentes em situação de risco. **Avaliação Psicológica**, v.1, nº. 1, p. 73-79, 2002.

LAJÚS, M. L. S. **Sistema Único de Assistência Social: um difícil caminho rumo à conquista da cidadania**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LONGATO, C.R. **Avaliação Neuropsicológica e Afetiva de Crianças e Adolescentes com Epilepsia**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, SP, 2015.

LOPES, C.L; ABREU, G.A; SANTOS, D.F; MENEZES, P.R; CARVALHO, K.M.B; CUNHA, C.F. et al. **ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros**. Rev. Saúde Pública: 2016.

MAGALHÃES, E. P. Combatendo a pobreza e enfrentando as vulnerabilidades: desafios para a articulação entre o Programa Bolsa Família e a Proteção Social Básica. In: SPOSATI, A. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**.

Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/ Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2009. p. 401-423.

MARIA-MENGEL, M. S.; LINHARES, M. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 837- 842, 2007.

MEYER, G. J. FINN, S. E.; EYDE, L. D. KAY, G. G.; MORELAND, K. L.; DIES, R. R.; REED, G. M. Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. **The American Psychologist**, v.56, n.2, p.128–165, 2001.

MORAIS, J.B.T; FONSECA, H.R.R; GONÇALVES, N.P.C. Atuação do psicólogo no sistema único da assistência social. **VII Jornada de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 22-25 ago, 2017.

MOSQUEIRA, S.M. **A demanda por avaliação psicológica de adolescentes infratores:** reflexões a partir de narrativas de atores da justiça juvenil e de psicólogas de uma equipe técnica do Juízo. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, F.S.; MORAIS, I.C.; GREINERT, B.R.M.; MILANI, R.G. Psicodiagnóstico do Adolescente: Considerações teóricas. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, Edição Especial, p. 173- 182, 2015.

OLIVEIRA, T. A. **Automutilação no corpo dos adolescentes:** um sintoma social ou alerta de transtorno mental?. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em de saúde mental) – Curso de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Básica, Faculdade Bahiana de Medicina, Bahia, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ***Suicide in the world: global health estimates.*** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>

OTTO, S. C.; SANTOS, K A. (Re)Cortes: O Discurso Sobre A Autolesão Feminina No Tumblr. **Psicanálise e Barroco em Revista.** v.13, n.1, p.29-56, 2015.

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer:** estudos revisados sobre adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PETERSEN, C.S. KOLLER, S.H. Avaliação psicológica em crianças e adolescentes em situação de risco. Ver. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n.1, p. 55-66, 2006.

REIS, D. C.; ALMEIDA, T. A. C.; MIRANDA, M. M.; ALVES, R. H.; MADEIRA, A. M. F. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 586-594, 2013.

SANT´ANA, I.M. Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa. **Rev. Psicol. IMED**, v.11, n.1, p. 25-35, 2019.

SANTOS, L. C S.FARO, A. Theoretical aspects of self-injurious behavior: A theory revision **Psicol. Pesqui.** v.12, n.1, p.1-10, 2018.

SELBY, E. A; BENDER, T. W; GORDON, K. H, NOCK, M. K; JOINER, T. E. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**. v.3, n.2, p.167-175, 2011.

SHIRTCLIFF, E. A.; DAHL, R. E.; POLLAK, S. D. Desenvolvimento puberal: correspondência entre o desenvolvimento hormonal e o físico. **Desenvolvimento infantil** , v. 80, n. 2, pág. 327-337, 2009.

SILVA, J. V.; CORGOZINHO, J. P. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.spe, p. 12- 21, 2011.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: SPOSATI, A. (org). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2009. p. 13-55.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNICEF. **A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents**, Brasília: 2017.

UNICEF. **O Direito de Aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades**. Brasília: 2009.

URBINA, S. **Essentials of Psychological Testing**. 2. ed. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc, 2014.

YUNES, M.A.M. SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceito afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (org). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001 p. 13- 42.