

Lesão Autoprovocada e Comportamento Suicida de Adolescentes

Self-Harm and Suicidal Behavior Among Adolescents
Autolesión y Conducta Suicida entre Adolescentes

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções de adolescentes sobre lesão autoprovocada e comportamento suicida. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada com 20 adolescentes de uma escola pública localizada na zona urbana da região noroeste do sul do Brasil, as quais foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram duas categorias temáticas denominadas "Autolesão e comportamento suicida: expressões do sofrimento de adolescentes" e "Raízes emocionais de lesões autoprovocadas: dores, perdas e vínculos". Os achados indicam a necessidade de intervenções precoces e intersectoriais entre saúde e educação, com foco na escuta qualificada, acolhimento e fortalecimento de vínculos protetivos. **Conclusão:** Para os adolescentes a escola configura-se como espaço para ações de prevenção e promoção da saúde mental, sendo essencial a criação de protocolos institucionais para o reconhecimento e atendimento de comportamentos autolesivos e suicidas.

DESCRIPTORIOS: Saúde do Adolescente; Saúde Mental; Comportamento Autodestrutivo; Suicídio.

ABSTRACT

Objective: To understand adolescents' perceptions of self-harm and suicidal behavior. **Method:** This qualitative field study involved semi-structured interviews with 20 adolescents from a public school in the urban northwest region of southern Brazil. These interviews were transcribed and subjected to content analysis. **Results:** Two thematic categories emerged: "Self-harm and suicidal behavior: expressions of adolescent suffering" and "Emotional roots of self-harm: pain, loss, and bonds." The findings indicate the need for early, intersectoral interventions between health and education, focusing on qualified listening, welcoming, and strengthening protective bonds. **Conclusion:** Schools are strategic spaces for preventing and promoting adolescent mental health, and the creation of institutional protocols for recognizing and addressing self-harm and suicidal behaviors is essential.

DESCRIPTORS: Adolescent Health; Mental Health; Self-Destructive Behavior; Suicide.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las percepciones de los adolescentes sobre la autolesión y la conducta suicida. **Método:** Este estudio de campo cualitativo consistió en entrevistas semiestructuradas con 20 adolescentes de una escuela pública de la región noroeste urbana del sur de Brasil. Estas entrevistas fueron transcritas y sometidas a análisis de contenido. **Resultados:** Surgieron dos categorías temáticas: Autolesión y conducta suicida: expresiones del sufrimiento adolescente y Raíces emocionales de la autolesión: dolor, pérdida y vínculos. Los hallazgos indican la necesidad de intervenciones tempranas e intersectoriales entre la salud y la educación, centradas en la escucha cualificada, la acogida y el fortalecimiento de los vínculos de protección. **Conclusión:** Las escuelas son espacios estratégicos para la prevención y la promoción de la salud mental adolescente, y la creación de protocolos institucionales para reconocer y abordar la autolesión y las conductas suicidas es esencial.

DESCRIPTORIOS: Salud adolescente; Salud mental; Conducta autodestructiva; Suicidio.

Lairany Monteiro dos Santos

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8099-8381>

Andressa da Silveira

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus de Palmeira das Missões. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8099-8381>

Leila Mariza Hildebrandt

Doutora em Ciências. Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Docente do Programa de Pós-Graduação Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0504-6166>

Dieni Monique Carlos

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Federal de São Paulo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4950-7350>

Keity Laís Siepmann Soccol

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Docente do curso de Enfermagem, Psicologia e Odontologia da Universidade Franciscana (UFN).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7071-3124>

Juliana Portela de Oliveira

Mestre em Saúde e Ruralidade pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade. Professora do Curso Técnico de Enfermagem na E.E.E. Básica Palmeira das Missões.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1131-8631>

Alessandra Padilha Melo

Discente do 8º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista FIPE do Projeto de Pesquisa "Demandas de Saúde de Adolescentes Residentes no Meio Rural"
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6415-129X>

Raiana Oliveira Franceschi

Discente do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. Bolsista ODH do Projeto de Extensão "Círculos de Cultura para Educação em Saúde de Crianças e Adolescentes na Escola"
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5643-4654>

Recebido em: 19/09/2025

Aprovado em: 06/10/2025

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, compreendendo indivíduos de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. No contexto legal brasileiro, considera-se adolescente aquele entre 12 e 18 anos, podendo estender-se até os 21 anos⁽¹⁾. Estima-se que 14% dos adolescentes no mundo convivam com algum transtorno mental, destacando-se ansiedade e depressão e metade dos adultos com transtornos psíquicos iniciou seus sintomas ainda na adolescência⁽²⁾. O impacto da pandemia de COVID-19 intensificou esse cenário, diante da insegurança, isolamento social e suspensão de atividades escolares e de lazer, favorecendo quadros de ansiedade, depressão, distúrbios do sono e estresse pós-traumático⁽³⁻⁴⁾. Tais repercussões são particularmente graves entre adolescentes, para os quais o convívio social é essencial⁽⁴⁾.

Nesse contexto, a autoagressão ou lesão autoprovocada constitui estratégia de alívio da dor emocional, regulação de emoções ou busca de pertencimento, podendo ou não estar relacionada ao suicídio⁽⁵⁾. Quando não há intenção suicida, denomina-se Autolesão Não Suicida (ALNS), que pode incluir cortes, arranhar-se, bater-se, arrancar cabelos, morder-se, entre outros⁽⁶⁾. Estudos apontam que adolescentes recorrem a essas práticas para amenizar sentimentos de vazio ou integrar grupos de pares⁽⁵⁾.

A automutilação, contudo, é fator de risco relevante para ideação e tentativa de suicídio⁽⁷⁾. O suicídio figura entre as principais causas de morte de jovens no mundo: quarta entre meninos de 15 a 29 anos e terceira entre meninas de 15 a 19⁽⁸⁾. No Brasil, em 2019, foi a oitava principal causa de morte entre adolescentes de 10 a 14 anos e a terceira entre os de 15 a 19 anos⁽⁹⁾.

A incidência de autolesão e comportamentos suicidas entre estudantes associa-se a experiências escolares

negativas, como bullying, pressões sociais e necessidade de pertencimento, somadas a vulnerabilidade social e familiar⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nesse cenário, ações intersectoriais entre saúde e educação são fundamentais para identificação precoce e intervenção nos fatores de risco. A presença de profissionais de saúde no espaço escolar favorece a escuta qualificada, a valorização de singularidades e a criação de ambientes de apoio emocional, prevenção e promoção da saúde⁽¹⁰⁾.

Diante da relevância do tema, torna-se imprescindível compreender as percepções dos próprios adolescentes sobre a lesão autoprovocada e o comportamento suicida, de modo a subsidiar estratégias de cuidado e prevenção. Frente ao exposto questiona-se: Qual as percepções acerca da lesão autoprovocada e comportamento suicida dos adolescentes?

Assim, este estudo tem como objetivo conhecer as percepções de adolescentes sobre lesão autoprovocada e comportamento suicida.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, vinculada ao projeto matricial "Cuidado de Enfermagem e Educação em Saúde com crianças e adolescentes na Escola". A abordagem qualitativa permite uma compreensão aprofundada das subjetividades envolvidas, favorecendo a construção de reflexões e conceitos emergentes do fenômeno investigado⁽¹²⁾. A natureza descritiva contribui para caracterizar a realidade dos sujeitos e analisar suas vivências⁽¹³⁾.

Os dados foram coletados entre junho e agosto de 2024 em uma escola pública estadual de turno integral, situada em uma área urbana de vulnerabilidade social em um município do noroeste do Sul do Brasil. A escola possui 170 estudantes do ensino fundamental e 34 profissionais.

A amostra foi intencional, a partir da indicação da equipe escolar, considerando a faixa etária entre 10 e 19 anos e histórico de sofrimento psíquico, comportamento autodestrutivo e/ou suicida no último ano letivo⁽¹⁴⁾. Foram indicados 27 adolescentes, sendo que o corpus do estudo foi composto por 20 adolescentes, devido a saturação teórica de dados^(12,14).

Utilizou-se um formulário para a caracterização e um roteiro para as entrevistas semiestruturadas, composto por 16 questões sobre fatores associados às lesões autoprovocadas, ideação e tentativa suicida, bem como as redes de apoio. As entrevistas duraram em média 30 minutos, foram gravadas e transcritas integralmente no Programa *Microsoft Word®* e submetidas a análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁵⁾.

Os resultados foram organizados com o auxílio de mapa conceitual elaborado no Programa Canva, o qual permitiu visualizar as conexões entre os dados⁽¹⁶⁾. Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados com a letra "A" seguida de número ordinal.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com os Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ*)⁽¹⁷⁾ atendendo aos parâmetros de rigor metodológico aplicáveis a investigações dessa natureza. A pesquisa foi conduzida em observância à resolução vigente que regulamenta estudos envolvendo seres humanos, tendo sido previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o parecer nº 4.139.360.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 adolescentes, com idades entre 10 e 16 anos, regularmente matriculados do 5º ao 9º ano do ensino fundamental. A maioria era do sexo feminino (n=14), e seis participantes se identificaram como do

sexo masculino.

No que se refere à autodeclaração de raça/cor, 11 adolescentes se autodeclararam pardos, quatro brancos, dois negros, um amarelo e dois optaram por não declarar. A composição familiar foi bastante heterogênea, incluindo arranjos como: pai e mãe (n=1), mãe e irmão (n=1), pai, tios, avós e primos (n=1), pai, mãe, tios, avós, primos e irmãos (n=1), irmãs e cunhada (n=1), mãe e padraсто (n=2), mãe, padrasto e irmãos (n=2), mãe, avó e irmãos (n=2) e pai, mãe e irmãos (n=9). O número de residentes por domicílio variou entre três e oito pessoas. Dois adolescentes relataram exercer atividade remunerada como autônomos.

Em relação às condições de saúde, 12 participantes afirmaram não possuir diagnóstico prévio. Entre os demais, foram referidos: diagnóstico de depressão e transtorno bipolar (n=1), ansiedade (n=1), esquizofrenia e autismo (n=1), e asma e/ou bronquite (n=3). Um adolescente declarou desconhecer sua condição de saúde. Quanto ao uso de medicamentos, dois participantes relataram uso: um fazia uso de clonazepam e o outro não soube especificar o nome do fármaco. Apenas um adolescente realizava acompanhamento psiquiátrico no momento da coleta, e nenhum dos participantes referiu estar em acompanhamento psicológico ou em serviços especializados em saúde mental.

Os achados do estudo foram descritos em duas categorias temáticas denominadas: Autolesão e comportamento suicida: expressões do sofrimento de adolescentes; e Raízes emocionais de lesões autoprovocadas: dores, perdas e vínculos.

Autolesão e comportamento suicida: expressões do sofrimento de adolescentes

As enunciações revelam que os adolescentes compreendem a lesão autoprovocada, majoritariamente na forma de automutilação, como um recurso

subjetivo de enfrentamento da dor emocional. Embora o corte seja a estratégia mais referida, os participantes mencionaram diversas formas de autolesão, incluindo mordidas, arranhões, beliscões, puxões de cabelo e impactos contra superfícies, o que evidencia a pluralidade de práticas autoinfligidas para aliviar estados psíquicos de sofrimento.

Eu me arranhei, sabe? Eu mordi assim! E eu também aperto meu braço. (A1)

Eu sempre corto aqui nos braços! (A3)

Quase todos os dias, em casa, eu me mutilo! (A4)

Quando eu estou muito ansiosa, eu me mordo ou arranho. Eu já cheguei a me cortar! E eu também puxo os meus cabelos! (A5)

[...] Eu começo a me bater nas paredes! (A9)

Já me mordi dentro da sala de aula, daí a professora começou a gritar comigo! Eu começo a me arranhar, a me morder, a puxar meus cabelos quando fico irritada! (A10)

Eu me cortei uma vez, fiz cinco cortes [mostra o pulso], aqui na escola! (A13)

Eu cortei meus braços e as minhas coxas, porque são lugares que não aparecem. (A8)

“Eu já cortei meu pulso! [...] e fico me beliscando às vezes! (A15)

Parte dos adolescentes revelou utilizar métodos menos visíveis de lesão, como beliscar-se ou morder-se, especialmente em ambientes públicos como a escola. Tais práticas são acionadas como estratégias de contenção momentânea para evitar a automutilação mais grave ou mesmo uma tentativa de suicídio, apontando para uma complexa dinâmica de autorregulação emocional e prevenção do agravamento do sofrimento.

Quando eu saio da escola, eu fico me mordendo ou me arranhando e aí, quando eu chego em casa, eu me corto

pra aliviar o que eu sinto! (A2)

Eu me mordida, porque eu não queria me cortar pra minha mãe não ver que eu estava me cortando. Aí eu me mordida! Na minha cabeça vem um sentimento de querer me matar, daí eu faço isso! Eu me corto pra não fazer alguma besteira maior e não deixar meus pais mais tristes. (A4)

Em casa, eu quebro os vidros, pra me machucar e cortar! Aqui na escola, eu tento me segurar... evitar! Eu começo a me morder pra tentar me acalmar, pra mim não tentar me matar ou me cortar! (A10)

Só em casa que eu me corto, aqui na escola eu fico me beliscando. (A15)

Em outra dimensão, diversos adolescentes relataram experiências concretas de tentativas de suicídio. As estratégias variaram desde intoxicação voluntária medicamentosa, ingestão de substâncias tóxicas e uso de objetos cortantes, até tentativas de atropelamento, enforcamento e asfixia. Tais relatos evidenciam o agravamento da dor emocional, para a qual as práticas de automutilação já não se mostravam suficientes como estratégia de alívio.

Eu pesquisei e vi que se tomar muito, muito, muito, muito, muito remédio, assim, aí tu tens a possibilidade de morrer. Aí eu tomei! [...] Eu estava assim..., meio pensativa em me matar! Então... eu vi que lá pra baixo [na rua], estava tendo um movimento grande de carro... [...] foi aí que eu fiquei no meio da rua enquanto estava vindo os carros... Mas aí a minha amiga pulou pra cima de mim e me tirou do meio da rua. (A3)

Eu peguei veneno de rato, coloquei junto com a comida e comi. [...] E eu tentei me matar, cortando minha veia [mostra o pulso] (A2)

Eu tava com uma faca na mão, eu estava fazendo comida pro meu pai e pra minha mãe comerem. Aí eles começaram a brigar e falaram que era culpa minha! E que eles não queriam me ter como filha! [...] aí eu peguei uma faca e

ia cortar minha garganta, só que minha mãe chegou bem na hora. (A4)

Eu já tentei me matar também! [...] Eu comecei a me cortar, e aí vi as cartelas de paracetamol cima da mesa, peguei e tomei todos! (A5)

Eu tentei me enforcar... Mas a corda arrebentou! (A7)

[...] já tentei pular de árvores pra cair e quebrar o pescoço. e tentei me jogar da escada aqui na escola, três vezes! mas aí minha colega me segurou! (A10)

Eu já cortei meus pulsos, uma vez eu tentei cortar meu pescoço, mas minha mãe me impediu! [...] e tentei me asfixiar com o travesseiro. (A15)

Um dia eu peguei uma faca e pensava em me cortar tudinho... Outro dia, eu estava vindo pra escola, aí eu ficava passando de um lado para o outro na rua, esperando que um carro viesse e me atropelava! Mas todos paravam quando me viam no meio da rua. (A19)

Eu tomei um monte de remédio. aí comecei a ficar mal e minha mãe me levou pro hospital! Foi quando meu vô faleceu! (A20)

A ideação suicida esteve presente em diversos relatos, mesmo na ausência de tentativas efetivas. Os adolescentes descreveram pensamentos recorrentes de morte, planejamentos interrompidos, desejo de desaparecer e associação entre crises familiares e o impulso suicida. Essa manifestação indica a existência de sofrimento psíquico crônico e a ausência de redes protetivas efetivas.

Aquí na escola eu penso as vezes em me matar! Várias vezes! (A4)

Eu coloquei uma corda na árvore. Só que daí, eu não tive coragem! (A8)

Quando começam a gritar comigo ou quando começam as brigas dentro de casa, eu começo a bater a cabeça na parede e sinto muita vontade de morrer! (A10)

Eu só pensei em me matar mesmo. [...] e seria com uma arma 38... (A11)

Nunca planejei, só pensava em me matar. (A14)

Eu tentei me matar! É que eu escutava vozes que falavam pra mim me matar, pegar faca, pular nos outros, me bater... (A16)

Olha, as vezes eu penso em me matar com o que têm mais perto de mim, que são as facas! (A17)

Quase todo dia eu penso em me matar! Me dá vontade todos os dias, mas eu não tenho coragem... Eu penso em colocar um fio na tomada. (A20)

As enunciações apontam que os comportamentos autolesivos represen-

tam, para os adolescentes, uma tentativa de cessar sentimentos de dor emocional insuportável, como raiva, ansiedade, tristeza, medo, solidão, abandono e luto. Esses comportamentos emergem como uma forma de linguagem corporal que comunica o sofrimento silenciado e, muitas vezes, invisibilizado no ambiente familiar, escolar e social.

A Figura 1 apresenta a síntese da categoria "Autolesão e comportamento suicida: expressões do sofrimento de adolescentes".



Fonte: Construção dos autores, 2024.

Raízes emocionais de lesões autoprovocadas: dores, perdas e vínculos

Quando questionados acerca da prática de lesões autoprovocadas, os adolescentes apontaram que tal comportamento emerge como estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico. As enunciações revelam que a dor física é utilizada como forma de amenizar estados emocionais intensos, como raiva, tristeza, medo, saudade, ansiedade, baixa autoestima e pensamentos suicidas.

Me cortar alivia o medo, alivia o que eu estou sentindo! [...] Eu tenho um

pouco de ansiedade e daí me dá vontade de me cortar. (A2)

Eu me acalmo! Eu só me acalmo se eu começar a me machucar e sentir outra dor física. (A3)

É mais pra avaliar a dor da saudade (da vô) que eu sinto! (A7)

Eu me machuco pra me acalmar! porque quando eu sinto a dor na pele, isso acalma meus sentimentos. (A10)

Eu já me bati. [...] Eu fico dando soco, toda hora, na parede! (A16)

Eu faço assim [demonstra apertando o braço], justamente pra sentir essa dor e parar de pensar [nos pensamentos ne-

gativos). (A17)

Às vezes me dá muita vontade de me matar e, às vezes, eu me corto só pra aliviar a raiva, angústia, o estresse. (A15)

Eu não sinto dor, eu sinto tanto ódio que eu não sinto dor [física] quando eu me corto! (A20)

As experiências dos adolescentes também evidenciam que a fragilidade dos vínculos familiares, marcada por abandono, negligência ou agressividade, contribuem para o sofrimento psíquico.

Eu sinto saudade da minha mãe, porque meu pai não me deixa ver ela! (A1)

A minha mãe me chama bastante de preguiçosa e daí ela fala que não queria ter eu como filha. (A4)

O meu pai, ele nunca foi presente na minha vida! (A5)

O meu pai, que é meu genitor, sabe? O amor de pai verdadeiro eu nunca tive! (A8)

Eu sinto que em casa não sou muito valorizada e não recebo muito carinho da minha família! (A17)

Eu e minha mãe começamos a discutir porque eu acho que ela não me dá muita atenção! (A15)

Eu não falo muito com meu pai... Ele grita comigo e, às vezes, ele e minha mãe falam umas coisas ruins! (A18)

A minha mãe trabalha e eu me sinto muito sozinha, sabe? E quando ela tá em casa, precisa cuidar do meu irmão autista, vai na minha avó e aí não tem tempo pra mim. (A19)

O luto se destaca como um fator crítico associado à ideação suicida. As falas expressam a dor da perda de figuras afetivas centrais, como avós, tios e cuidadores, demonstrando vínculos substitutivos parentais e o impacto traumático da morte.

Eu tentei me matar porque eu não queria mais sentir isso, nem mais um minuto! Pra mim não sofrer o que eu mais

sinto... o medo... eu sinto muito medo (A2)

Eu queria me matar porque fazia três dias que eu tinha perdido o meu tio. Ele era como se fosse meu pai! (A5)

Era minha avó, eu a chamava de mãe. Uma noite eu estava deitada com ela, e ela morreu do meu lado, eu queria morrer também. (A7)

Eu sinto um pouco de saudade do meu avozinho, porque eu não pude ver ele ainda [...] se eu tivesse meu avozinho eu ia ter menos saudade do meu pai! (A1)

Me dá vontade de me matar... por que eu sinto essa tristeza e saudade do pai que não está mais aqui! (A12)

Além dos vínculos parentais, o relacionamento conflituoso com irmãos e outros familiares figura como fonte constante de sofrimento, marcado por brigas, agressões físicas e rivalidades.

As minhas irmãs também são estressadas! E elas são de brigar... Elas começam a brigar e isso me incomoda. Os gritos, os socos... (A10)

Minhas irmãs começam a me irritar e daí a gente briga! Elas puxam o meu cabelo... bastante! Ou elas me apelidam e isso me deixa incomodada! (A12)

Quase todos os dias em casa eu me corto, porque as minhas irmãs brigam comigo, sabe!? (A4)

Quando meu pai vem me buscar pra ir pra casa dele, a minha mãe fica brava porque ele vai lá e fica falando coisas sobre minha mãe! Ele diz que ela não cuida direito do meu irmão... Mas a minha mãe trabalha, né? Pra dar as coisas pra nós. (A20)

O consumo de álcool no ambiente familiar surge como um fator agravante. As experiências narradas demonstram não apenas a instabilidade emocional que o etilismo acarreta, mas também o risco de exposição à violência e ao abuso.

Quando meu pai ou minha mãe chegam bêbados, eles começam a dis-

cutir, pra mim não escutar, eu vou e me tranco no banheiro e me corto. (A10)

Meus pais brigavam bastante quando meu pai bebia, antes ele era muito mais agressivo, mas agora ele tá mudando! Isso me deixa pra baixo né!? Não é legal ver eles brigando. (A17)

Fico estressada e me corto, de noite elas ficam fazendo festa lá em casa, daí... Eu não gosto disso! Eu odeio bebragem! (A20)

A violência simbólica na escola também e o bullying são destacados nos depoimentos como gatilho direto para a autolesão. Os adolescentes relatam sofrimento relacionado à aparência física, dificuldade de aprendizagem e exclusão social.

Os meus colegas, eles conversam dentro da sala de aula, falam bobagem [...] pra professora e pras minhas amigas! Eu tenho vontade de brigar com eles, mas eu não quero o mal para os outros, e aí eu acabo fazendo isso em mim. (A1)

Falam muito da minha aparência, falam do jeito que eu sou, do jeito que eu falo, me visto... tenho vontade de brigar, eu não gosto disso! (A3)

É questão sobre mim mesmo, sobre a minha aparência... me chamam de gorda e fico excluída. (A6)

Ah, a minha aparência! me chamam de gorda e falam que eu sou estranha! Eu não me acho bonita, mas isso me machuca, acabo excluída. (A8)

Eu sofri bullying! A minha irmã tinha colado um chiclete no cabelo, daí tive que cortar bem curto, ficou igual de guri... E aí começaram a me chamar de sapatona... E isso me feriu bastante! (A10)

Ficavam me chamando de burra, "tonga" pois tenho dificuldades na escola. (A15)

Ademais, a insegurança acerca dos problemas presentes em relacionamento interpessoais afetivos, com o corpo e o medo do futuro são enunciados pelos

adolescentes como causas de sofrimento psíquico.

Porque eu não gosto de mim mesma... Eu não gosto do meu jeito, do meu corpo... (A2)

Eu sinto insegurança, sabe?! O meu ex-namorado está com a minha ex-cunhada. Que vontade de sumir! (A8)

Às vezes eu acho que eu sou uma pessoa insuficiente pra família, meus amigos e penso que não vou conseguir fazer aquilo que eu sonho. E daí, me bate umas inseguranças também. (A17)

Às vezes as colegas estão conversando e não sou incluída na conversa, tô no ladinho delas e não me incluem. Às vezes elas fazem isso, me deixam pra trás. (A17)

Meu futuro! E daí começo a pensar que eu não vou conseguir! (A17)

A falta de suporte emocional no ambiente familiar é enunciada por alguns dos adolescentes participantes da pesquisa como um dos fatores associados a comportamentos autoagressivos.

Eu já tentei falar sobre isso [automutilação] com a minha mãe, só que ela falou que não interessava à ela. (A4)

Eu já tentei conversar com minhas irmãs, mas elas começaram a me chamar de louca! (A10)

Uma vez eu falei pra minha irmã que entendo um pouco, mas ela não fica muito comigo. E minha mãe não para em casa! (A15)

A minha mãe é daquelas antigas, sabe? Tipo, ela não entende, ela diz que é frescura da gente, sabe? Aí eu prefiro não comentar com ela. (A8)

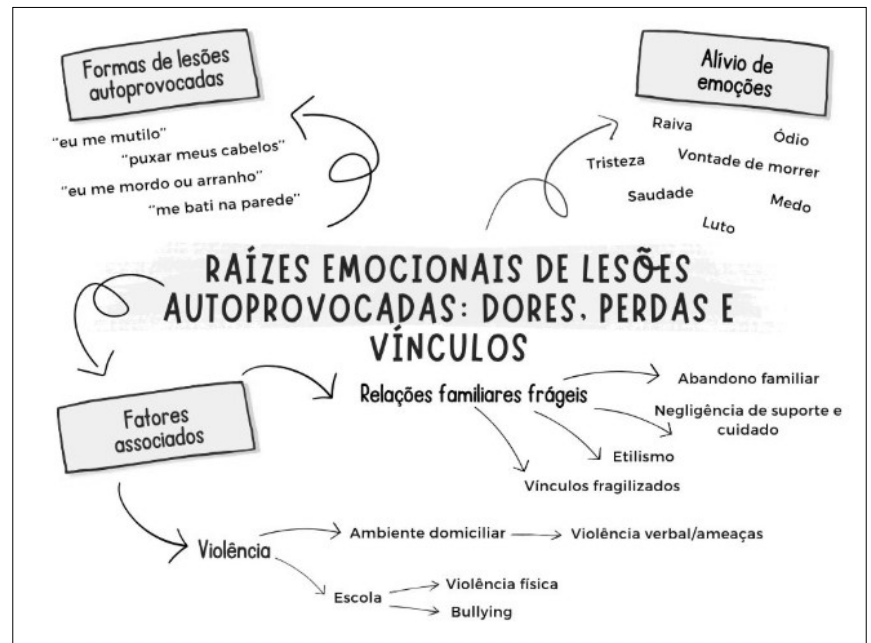
A minha mãe disse que eu tinha que ter confiança só nela porque ela era minha melhor amiga, só se eu falo as coisas pra ela, parece que ela ignora. (A18)

Essas enunciações revelam a multiplicidade de fatores que atravessam a experiência de sofrimento na adolescência. A autolesão aparece como expressão de uma dor que não encontra espaço legítimo de escuta, sendo pra-

ticada em diferentes contextos como tentativa de regulação emocional. A dor psíquica desses adolescentes, muitas vezes invisibilizada, manifesta-se no corpo como linguagem do sofrimento

emocional e social.

A Figura 2 apresenta a síntese da categoria “Raízes emocionais de lesões autoprovocadas: dores, perdas e vínculos”.



Fonte: Construção dos autores, 2024.

DISCUSSÃO

A adolescência é constituída por transformações fisiológicas, hormonais, cognitivas e emocionais, pela construção da identidade e busca de pertencimento. Tais mudanças, associadas às pressões sociais e à fragilidade dos vínculos afetivos, podem desencadear sentimentos de medo, ansiedade, raiva e tristeza, elementos fortemente relacionados ao sofrimento psíquico.

As enunciações dos participantes evidenciaram que os conflitos ligados à construção do “eu social” e às demandas de autonomia e reconhecimento frequentemente ultrapassam a esfera emocional, manifestando-se em comportamentos autolesivos. A dor emocional, intensa e silenciada, encontra no corpo um meio de expressão. Nesse contexto, a lesão autoprovocada emerge como estratégia de regulação afetiva,

alívio momentâneo frente ao sofrimento psíquico⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Os adolescentes relataram práticas de autolesão, incluindo cortes, arranhões, beliscões, puxões de cabelo e impactos corporais, geralmente em regiões não visíveis. Esses achados corroboram com uma pesquisa que aponta elevada prevalência de condutas autolesivas entre adolescentes escolares⁽⁵⁾. Confirmam os dados epidemiológicos nacionais que evidenciam crescimento expressivo das notificações de lesões autoprovocadas desde 2016, especialmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil⁽¹⁰⁾.

Em diversos casos, a autolesão foi mencionada como recurso para evitar o suicídio, ainda que represente, simultaneamente, um marcador de risco. Estudos reforçam que adolescentes que utilizam métodos mais agressivos, como cortes profundos, apresentam maior probabilidade de ideação ou tentativa

suicida, além de risco de reincidência^(11-10, 20).

A dinâmica familiar disfuncional emergiu como elemento central. Conflitos com pais, irmãos, padrastos e madrastas, experiências de rejeição, abandono e negligência afetiva foram descritos como gatilhos para a dor emocional que culmina em autolesão ou tentativa de suicídio. O uso abusivo de álcool por familiares também se apresentou como fator agravante, intensificando conflitos e aumentando a exposição dos adolescentes à violência. Conforme⁽²¹⁾, o consumo de substâncias psicoativas no ambiente doméstico compromete a estabilidade familiar e amplia a vulnerabilidade para comportamentos autodestrutivos, como a automutilação e o suicídio.

Outro aspecto destacado foi a vivência de bullying no espaço escolar. Comentários depreciativos, exclusão social e agressões verbais, frequentemente relacionadas à aparência física, identidade de gênero ou desempenho acadêmico, foram relatados como fatores de sofrimento intenso. Sendo o bullying, ainda naturalizado em muitas escolas, constitui importante desencadeador de depressão, ansiedade e ideação suicida entre adolescentes⁽²²⁾.

O luto, seja pela morte de entes queridos ou pela ruptura de vínculos afetivos, também foi apontado como desencadeador de sofrimento e de comportamentos suicidas. Em contextos de

vínculos frágeis, a perda intensifica sentimentos de solidão, revolta, tristeza e culpa, com repercussões significativas sobre a saúde mental⁽²³⁾.

Diante de vínculos familiares fragilizados e negligência afetiva, o ambiente escolar desponta como espaço de potencial acolhimento. Relações afetivas positivas com professores e colegas podem fortalecer a resiliência e o sentimento de pertencimento⁽²⁴⁾.

Assim, a articulação entre escola, família e saúde constitui estratégia essencial para enfrentar essas vulnerabilidades e prevenir agravos à saúde mental. O fortalecimento de vínculos afetivos no ambiente escolar, aliado a práticas de escuta qualificada e a ações integradas com a saúde, pode contribuir significativamente para a prevenção da automutilação e do suicídio, além de promover a saúde mental dos adolescentes.

CONCLUSÃO

Na percepção de adolescentes a lesão autoprovocada e comportamento suicida manifestam-se como resposta a múltiplos fatores, entre os quais se destacam os conflitos familiares, os sentimentos de rejeição, solidão e luto, além de experiências de violência física, verbal e simbólica, incluindo o bullying em contextos escolares, sociais e domiciliares. A fragilidade dos vínculos familiares contribui para a vulnerabilidade

emocional, ao passo que o ambiente escolar, quando permeado por relações afetivas protetivas, pode representar um espaço potencial de acolhimento e apoio. Nesse contexto, ressalta-se o papel estratégico da escola na prevenção e no cuidado em saúde mental na adolescência.

Diante da persistência do tabu social em torno do sofrimento psíquico e da escassez de estratégias institucionais de enfrentamento, evidencia-se a necessidade urgente de ampliação do debate sobre a saúde mental de adolescentes. O estudo oferece subsídios importantes para profissionais da saúde e da educação sobre as demandas emergentes dessa população, ressaltando a importância da identificação precoce dos sinais de sofrimento, das práticas autolesivas e da ideação suicida como formas de intervenção e cuidado.

Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de ações intersetoriais de ensino, pesquisa e extensão voltadas à promoção da saúde mental nas escolas, com foco na escuta qualificada, na construção de vínculos e no enfrentamento do sofrimento psíquico. Além disso, destaca-se a necessidade da criação de protocolos institucionais para o atendimento de adolescentes em sofrimento, com atuação interprofissional articulada entre os setores da saúde, educação e assistência social, contribuindo para a construção de redes de apoio integradas, acolhedoras e efetivas.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Educação. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial; 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 nov 2024.

2. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.

3. Ladeia DN, et al. Análise da saúde mental na população geral durante a pandemia de Covid-19. Rev Eletron Acervo Saude. 2020;esp 46:e3925. DOI: 10.25248/reas.e3925.2020.

4. Alamolhoda SH, et al. Adolescent mental health during covid-19 pandemics: a systematic review. Int J Adolesc Med Health. 2022;35(1):41-60. DOI: 10.1590/0102-311X00150020.

5. Poudel A, et al. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):96. DOI: 10.1186/s12888-022-03763-z.
6. Lloyd EE. Self-mutilation in a community sample of adolescents [tese]. Louisiana: Louisiana State University; 1997.
7. Kim HH, et al. Characteristics and risk factors of suicide among people who attempted self-harm in South Korea: A longitudinal National Cohort Study in South Korea. *Psychiatry Res*. 2023;330:115613. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115613.
8. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. World Health Organization. Global health estimates: leading causes of death. Geneva: World Health Organization [Internet]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>. Acesso em: 5 jan 2024.
10. Aragão CMC, Mascarenhas MDM. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31:e2021820. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100028.
11. Rocha TML, Cavalcante FML, Aragão JMN. Fatores de risco para suicídio em adolescentes: revisão integrativa. *Rev Fac Paulo Picanço*. 2023;3(3). DOI: 10.59483/rfpp.v3n3.74.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
13. Sampaio TB. Metodologia da pesquisa. 1. ed. Santa Maria: UFSM, CTE, UAB; 2022.
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Medeiros JO, Ribeiro RC, Sousa MNA. Mapa conceitual como ferramenta de aprendizagem: revisão integrativa da literatura. *SANARE-Rev Políticas Públicas*. 2020;19(2). DOI: 10.36925/sanare.v19i2.1477.
17. Souza VRS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:1-9. DOI: 10.37689/acta-ape/2021A002631.
18. Menezes MS, Faro A. Avaliação da relação entre eventos traumáticos infantis e comportamentos autolesivos em adolescentes. *Psicol Cienc Prof*. 2023;43:e247126. DOI: 10.1590/1982-3703003247126.
19. Silva RAC. Discussões sobre a adolescência entre os primeiros estudiosos da temática. *Rev Educ Saude Cienc Xingu*. 2022;1(5). Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/rescx/article/view/5037>. Acesso em: 23 nov 2024.
20. Wu Y, et al. A meta-analysis on the lifetime and period prevalence of self-injury among adolescents with depression. *Front Public Health*. 2024;12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1434958.
22. Noh-Moo PM, et al. Alcohol use as a predictor of child-to-parent violence in adolescents from southern Mexico. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20240016. DOI: 10.1590/1980-220X-RE-EUSP-2024-0016en.
23. Bitell NR, et al. O bullying em escolas rurais na percepção de adolescentes. *Contrib Cienc Soc*. 2024;17(10):e11228. DOI: 10.55905/revcon.v.17n.10-045.
24. Lucena HBN, et al. Respostas dos adolescentes no enfrentamento ao luto. *Rev Ibero-Am Hum Cienc Educ*. 2024;10(8):4167-80. DOI: 10.51891/rease.v10i8.15525.
25. Agatha EZ, Yosep I, Hernawaty T, et al. Beyond trauma: a scoping review of nursing interventions to improve psychological well-being in adolescents victims of bullying. *BMC Nurs*. 2025;24:973. doi:10.1186/s12912-025-03642-4