

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE ENFERMAGEM**

ROBERTA SOUSA DA SILVA

**COTIDIANO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MÃES DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESAM**

CHAPECÓ

2025

ROBERTA SOUSA DA SILVA

**COTIDIANO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MÃES DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESAM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Marcela Martins Furlan de Leo
Coorientador: Enf. Mestrando Diego Gabriel Santos de Oliveira

CHAPECÓ

2025


ROBERTA SOUSA DA SILVA

**COTIDIANO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MÃES DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES QUE SE AUTOLESAM**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 12/12/2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARCELA MARTINS FURLAN DE LEO**
Data: 19/12/2025 12:08:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Marcela Martins Furlan de Leo – UFFS
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **CRHIS NETTO DE BRUM**
Data: 19/12/2025 06:15:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Crhis Netto de Brum - UFFS
Avaliadora



Documento assinado digitalmente
MARTA KOLHS
Data: 19/12/2025 12:47:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Marta Kohls - UDESC
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Máira Rosseto - UFFS
Avaliadora Suplente

Dedico este trabalho a todas as mães que participaram desta pesquisa e que, cotidianamente, renunciam a seus próprios desejos — materiais ou não — para dedicar-se ao cuidado de suas filhas, atendendo às suas necessidades com compromisso, sensibilidade e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Pedro e Silvana, que não mediram esforços para que eu pudesse realizar este sonho. Seu apoio constante — financeiro, emocional e afetivo — foi fundamental para que eu persistisse, especialmente nos momentos em que eu mesma duvidava do meu potencial. Agradeço também ao meu irmão, cuja presença e incentivo foram essenciais em cada etapa, mesmo diante da distância física que nos separava. Estendo minha gratidão à minha avó, Helena, ao meu tio Sandro e minhas tias, Simone, Sabrina e Rejane, que sempre estiveram oferecendo apoio, palavras de encorajamento e carinho. Meu reconhecimento especial vai ao meu namorado, Álvaro, por me acolher nos momentos mais difíceis, por me ouvir com paciência e por trazer calma quando as dúvidas e a ansiedade insistiam em ocupar espaço. Sou profundamente grata aos meus colegas Rhumer e Maysa, que se tornaram minha família em Chapecó, oferecendo amizade, parceria e apoio cotidiano. Agradeço também às amigas que dividiram comigo os primeiros momentos na pensão quando cheguei à cidade: Sayuri, Nathila, Iandra e, especialmente, Rayssa, que, além de amiga, tornou-se uma irmã. Aos professores da graduação, meu sincero agradecimento pela dedicação, pelo compromisso com nosso aprendizado e pela disposição em explicar cada conteúdo de diferentes formas, assegurando que ninguém permanecesse com dúvidas. Deixo um registro especial aos professores Vander e Daniela, que se tornaram não apenas parceiros de pesquisa, mas também de momentos leves, convivência agradável e boas risadas. Agradeço também à professora Sílvia, cuja contribuição acadêmica e apoio foram significativos para meu percurso. Manifesto, ainda, minha gratidão à enfermeira Cassiane, minha supervisora no estágio supervisionado, que se tornou uma inspiração tanto como profissional quanto como pessoa. Por fim, agradeço de todo o coração à minha orientadora, Professora Marcela, por ter abraçado esta pesquisa comigo e por não ter desistido, mesmo diante dos obstáculos encontrados ao longo da trajetória. Sua orientação, paciência e confiança foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse. Agradeço, igualmente, ao meu coorientador, pela disponibilidade constante em ajudar e pela paciência demonstrada em cada etapa.

Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.
Sócrates

Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.
Aldo Novak

RESUMO

A autolesão não suicida (ALNS) na infância e adolescência constitui um fenômeno complexo, multifatorial e crescente, que tem se configurado como um importante problema de saúde pública. Marcada por intenso sofrimento emocional, a ALNS relaciona-se a fatores individuais, familiares, sociais e culturais, constituindo expressão de trajetórias de vulnerabilidade que frequentemente permanecem invisibilizadas. Este estudo teve como objetivo compreender o cotidiano, a saúde mental e a qualidade de vida de cuidadores primários — neste caso, exclusivamente mães — de crianças e adolescentes que se autolesam repetidamente, buscando identificar construções culturais, simbólicas e emocionais que permeiam suas vivências e influenciam o manejo do comportamento autolesivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em Chapecó/SC, com cinco mães de crianças e adolescentes que apresentam ALNS. A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, diário de campo e formulário sociodemográfico. A análise foi conduzida pela técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Três categorias temáticas emergiram: (1) *Corpo e representações familiares sobre autolesão*; (2) *Cotidiano, qualidade de vida e saúde mental de mães de crianças e adolescentes que se autolesam*; e (3) *tensionamentos e potências familiares*. Os resultados evidenciaram que a ALNS não se configura como evento individual, mas como fenômeno profundamente imbricado às dinâmicas familiares, às desigualdades de gênero e aos determinantes sociais de saúde. As mães relataram histórias de vida atravessadas por traumas, violências, sobrecarga emocional e experiências transgeracionais de sofrimento, incluindo tentativas de suicídio e autolesões anteriores. Em muitos casos, o corpo materno aparece como espaço de dor, apagamento subjetivo e perda de identidade, refletindo tanto violências passadas quanto a centralidade compulsória do cuidado. Ao mesmo tempo, o corpo auto lesado das filhas revela-se como expressão de sofrimento e pedido de ajuda, frequentemente associado a bullying, padrões estéticos, ansiedade, conflitos familiares e heranças emocionais. As vivências cotidianas descritas apontam para rotinas exaustivas, vigilância permanente e ausência de tempo e condições para autocuidado, lazer e descanso. A sobrecarga materna é intensificada pelo desemprego, vínculos informais de trabalho, precariedade econômica e insuficiência de apoios familiares e institucionais. Observou-se fragilidade na articulação entre os setores de saúde, educação e assistência social, resultando em uma rede fragmentada, que pouco acolhe as demandas complexas dessas famílias. Embora haja esforços maternos de reorganização, proteção e reinvenção de estratégias de cuidado, o suporte recebido é

insuficiente para atender às necessidades emocionais do grupo familiar. O estudo destaca que as mães carregam, simultaneamente, o sofrimento próprio e o sofrimento de suas filhas, repercutindo negativamente em sua saúde mental e qualidade de vida. A ausência de pais como participantes da pesquisa reforça um dado cultural relevante: a naturalização da responsabilidade materna pelo cuidado emocional e pelo manejo da ALNS. Assim, o fenômeno emerge como produto de contextos marcados por desigualdades de gênero, vulnerabilidade social e historicidade familiar, evidenciando a importância de intervenções que incluam o núcleo familiar como foco central. Conclui-se que a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes que se autolesam exige práticas intersetoriais, compartilhadas e sensíveis aos contextos socioculturais das famílias, contemplando tanto o adolescente quanto seus cuidadores. O conhecimento produzido contribui para ampliar a compreensão da ALNS como fenômeno socialmente situado e reforça a urgência de políticas públicas integradas que promovam acolhimento contínuo, fortalecimento de vínculos, escuta qualificada e apoio às mães, figuras centrais no cuidado e na prevenção da autolesão.

Palavras-chave: autolesão não suicida; políticas públicas; maternidade

ABSTRACT

Non-suicidal self-injury (NSSI) in childhood and adolescence is a complex, multifactorial and growing phenomenon, which has been configured as an important public health issue. Marked by intense emotional suffering, NSSI is related to individual, family, social and cultural factors, constituting an expression of trajectories of vulnerability that often remain invisible. This study aimed to understand the daily life, mental health and quality of life of primary caregivers — in this case, exclusively mothers — of children and adolescents who repeatedly engage in NSSI, seeking to identify cultural, symbolic and emotional constructions that permeate their experiences and influence the management of self-injurious behavior. This is a qualitative, exploratory and descriptive study, conducted in Chapecó, Santa Catarina, Brazil, with five mothers of children and adolescents who present NSSI. Data were produced through semi-structured interviews, a field diary and a sociodemographic form. Analysis was carried out using Bardin's Content Analysis. Three thematic categories emerged: (1) Body and family representations of self-injury; (2) Daily life, quality of life and mental health of mothers of children and adolescents who self-injure; and (3) family tensions and potentials. The results showed that NSSI is not configured as an individual event, but as a phenomenon deeply intertwined with family dynamics, gender inequalities and social determinants of health. The mothers reported life histories marked by trauma, violence, emotional overload and transgenerational experiences of suffering, including previous suicide attempts and self-injury. In many cases, the maternal body appears as a space of pain, subjective erasure and loss of identity, reflecting both past violence and the compulsory centrality of care. At the same time, the daughters' self-injured bodies emerge as an expression of suffering and a call for help, often associated with bullying, aesthetic standards, anxiety, family conflicts and emotional legacies. The daily experiences described indicate exhausting routines, constant vigilance and a lack of time and conditions for self-care, leisure and rest. Maternal overload is intensified by unemployment, informal work, economic precariousness and insufficient family and institutional support. Weaknesses were observed in the articulation between the health, education and social assistance sectors, resulting in a fragmented network that scarcely responds to the complex demands of these families. Although there are maternal efforts at reorganization, protection and reinvention of care strategies, the support received is insufficient to meet the emotional needs of the family group. The study highlights that mothers simultaneously bear their own suffering and that of their daughters, with negative repercussions for their mental health and quality of life. The absence of fathers as participants

reinforces a relevant cultural aspect: the naturalization of maternal responsibility for emotional care and the management of NSSI. Thus, the phenomenon emerges as a product of contexts marked by gender inequalities, social vulnerability and family historicity, underscoring the importance of interventions that include the family unit as a central focus. It is concluded that the promotion of mental health in children and adolescents who self-injure requires intersectoral, shared practices that are sensitive to the sociocultural contexts of families, encompassing both adolescents and their caregivers. The knowledge produced contributes to broadening the understanding of NSSI as a socially situated phenomenon and reinforces the urgency of integrated public policies that promote continuous support, strengthened bonds, qualified listening and backing for mothers, who are central figures in care and in the prevention of self-injury.

Keywords: non-suicidal self-injury; public policies; motherhood

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio demográfica de mães de crianças e adolescentes que cometem autolesão, Santa Catarina, Brasil. 2025. 26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALNS Autolesão não suicida

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

DSM V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (versão V)

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

SC Santa Catarina

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFFS Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVO.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	20
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	21
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	21
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	22
4.4 INSTRUMENTO DA PESQUISA.....	22
4.4.1 DIÁRIO DE CAMPO.....	22
4.4.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA E QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO.....	22
4.5 PRODUÇÃO DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	23
4.7 PRECEITOS ÉTICOS.....	24
4.8 BENEFÍCIO E RISCOS DA PESQUISA.....	25
4.8.1 BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	25
4.8.2 RISCOS DA PESQUISA.....	25
RESULTADOS.....	26
CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	27
DISCUSSÃO.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A.....	44
APÊNDICE B.....	46

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo, dinâmico e sistemático de mudança e aquisição de habilidades cognitivas, motoras, de linguagem e sócio emocionais, que ocorre desde a concepção, culminando na adolescência, está marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, em que comumente os jovens vivenciam conflitos internos e dificuldades emocionais, que podem se manifestar por meio de comportamentos de risco, como a autolesão não suicida (ALNS), prática deliberada de causar dano ao próprio corpo, sem intenção suicida consciente (Silva et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020), a ALNS está associada a um profundo sofrimento emocional, geralmente relacionado a sentimentos de angústia, raiva, ansiedade e vazio, sendo considerada um importante fator de risco para tentativas futuras de suicídio. Estudos internacionais estimam que entre 10% e 20% das crianças e adolescentes enfrentam algum tipo de transtorno mental, metade deles se iniciando antes dos 14 anos, causados por fatores genéticos, biológicos e psicossociais (violência, pressão escolar, telas), e grande parte desses casos permanece sem diagnóstico ou tratamento adequado, sendo a ALNS um importante sinal de alerta (WHO, 2020).

A ALNS na infância e adolescência configura-se como um evento frequente, estando associada a tentativas subsequentes de suicídio ou ao suicídio consumado, o que sugere que esse comportamento e os fatores psicológicos a ele relacionados possam integrar uma mesma trajetória de risco. Estima-se, em âmbito global, que o suicídio represente a segunda ou terceira principal causa de morte entre adolescentes e jovens (Carmo; Silveira *et al.*, 2020). Diante disso, a ALNS é reconhecida como um problema de saúde pública, não apenas por sua elevada prevalência entre crianças e adolescentes, mas também pela complexidade dos fatores que a originam e mantêm. Trata-se de um fenômeno de natureza multifatorial, frequentemente associado a transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade e transtornos de personalidade (APA, 2013).

Além dos danos físicos como cicatrizes permanentes e riscos de infecção, a prática da autolesão pode acarretar sérios impactos psicológicos, como sentimentos de culpa, isolamento social, prejuízos escolares e comprometimento do desenvolvimento emocional dos adolescentes. No contexto brasileiro, a pandemia aprofundou as desigualdades sociais e intensificou as dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental, agravando ainda mais a situação em regiões socioeconomicamente vulneráveis. Ademais, o impacto psicológico da pandemia foi amplificado pelo uso intensivo das tecnologias, que, embora tenham se

mostrado essenciais para a manutenção das conexões sociais, também elevaram a exposição a conteúdos negativos e ao cyberbullying, fatores relacionados ao aumento do risco de comportamentos autolesivos. Dados recentes demonstraram que houve um crescimento de 48,3% de violência autoprovocada entre o ano de 2019 e 2023 e indicam que as políticas públicas relacionadas ainda não têm o devido alcance para prevenir este agravo (Ribeiro *et al.*, 2024).

No contexto da ALNS, a dinâmica familiar é um ponto central, apontada por diversos autores como fator de risco ou de proteção para comportamentos autolesivos (Brasil, 2019). Famílias que promovem vínculos afetivos seguros, comunicação aberta e suporte emocional adequado tendem a proteger os adolescentes da prática de ALNS. Em contrapartida, contextos marcados por negligência, violência, instabilidade ou ausência de diálogo podem aumentar significativamente o comportamento desses jovens. Além disso, os próprios familiares, ao se depararem com situações de autolesão, enfrentam inseguranças, sentimentos de impotência e dificuldades emocionais diante da realidade vivida.

A maior parte dos estudos envolvendo as famílias se concentram nos efeitos do sistema familiar disfuncional para o adoecimento das crianças e adolescentes. Embora seja um tema de grande importância para a ciência, os estudos ainda são escassos sobre o contexto em que se desenvolve a ALNS na infância e na adolescência, a partir das percepções e necessidades das famílias.

A compreensão ampla da ALNS na infância e adolescência — considerando seus determinantes clínicos, culturais, sociais e familiares — é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes. A atuação integrada de profissionais de saúde, educadores e familiares é fundamental para a criação de redes de apoio que favoreçam o bem-estar emocional e resiliência das famílias, contribuindo para a redução dos comportamentos autolesivos e de suas consequências a curto e longo prazo.

Mediante a influência do comportamento familiar sobre a ALNS e sua prevenção, no contexto da adolescência, a pergunta que disparou a pesquisa é: Como é a realidade familiar e cultural dos adolescentes que se autolesam e como os pais/ cuidadores primários percebem seu cotidiano, sua saúde mental e qualidade de vida.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o cotidiano, a saúde mental e a qualidade de vida de cuidadores primários de crianças e adolescentes que se autolesam repetidamente, a partir de suas narrativas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar as construções culturais e simbólicas elaboradas por cuidadores primários de crianças e adolescentes que se autolesam, a respeito de suas vivências cotidianas, sua saúde mental e sua qualidade de vida;
- Subsidiar o desenvolvimento de estratégias de acolhimento, suporte social e emocional e intervenções intersetoriais no contexto familiar.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O presente estudo tem como objetivo investigar o cotidiano, a qualidade de vida -autopercebida- e a saúde mental dos familiares e cuidadores primários de adolescentes que se autolesam. Considera-se que o ambiente familiar desempenha um papel fundamental tanto na compreensão quanto no enfrentamento desse comportamento, sendo essencial analisar como os cuidadores vivenciam e interpretam essa experiência. Além disso, busca-se compreender os impactos emocionais, sociais e psicológicos que a autolesão do adolescente provoca no núcleo familiar, bem como identificar aspectos relacionados à rede de apoio e aos recursos disponíveis para o enfrentamento dessas situações.

Embora seja classicamente mais estudada na adolescência, a ALNS também ocorre na infância, mais comumente identificada em comportamentos como bater a cabeça, morder-se ou arranhar-se, como uma resposta imediata a sentimentos de angústia, frustração ou incapacidade de comunicar necessidades emocionais complexas (Grundmann, Pouplard, Cahen, 2018). A adolescência é uma etapa da vida situada entre a infância e a fase adulta, caracterizada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (Saúde, 2007). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990, em seu 2º artigo, a adolescência é a faixa etária compreendida entre 12 e 18 anos.

Enquanto a puberdade representa um parâmetro universal, ocorrendo de forma semelhante em todos os indivíduos, a adolescência é um fenômeno singular, influenciado por aspectos socioculturais que se manifestam por meio de constantes reformulações nas esferas: social, sexual, de gênero, ideológica e vocacional (Saúde, 2007). É um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado por intensas transformações no âmbito físico, mental, emocional, sexual e social, bem como pelos esforços do indivíduo para atingir os objetivos vinculados às expectativas culturais da sociedade em que está inserido. Esse período tem início com as mudanças corporais provocadas pela puberdade e se encerra quando o indivíduo consolida seu crescimento e personalidade, alcançando progressivamente sua independência econômica e sua plena integração ao grupo social (Eisenstein, 2005).

As mudanças ocorridas entre a infância e a adolescência manifestam-se em curtos intervalos de tempo e exercem um impacto significativo no cotidiano, principalmente do adolescente, que passa a lidar com níveis progressivamente maiores de autonomia, responsabilidade e questionamentos, inseridos no contexto do processo de maturação psicológica, biológica e social (Gaete, 2015).

A autolesão não suicida caracteriza-se como um comportamento complexo e multifatorial, configurando-se como um relevante problema de saúde pública, especialmente durante a adolescência. A ALNS pode ocorrer em qualquer etapa da vida, porém, estudos mostram que geralmente se inicia entre os 11 e 13 anos, com maior prevalência em adolescentes. Esta prática está propensa a se tornar um ato repetitivo e está associada a outros comportamentos de risco como suicídio, relação sexual desprotegida, uso de substâncias ilícitas, entre outros (Silva; Santos; Vedana, 2015).

A ALNS em adolescentes é um comportamento que gera significativo impacto não apenas na vida do próprio jovem, mas também no contexto familiar e na saúde emocional dos responsáveis. Para as famílias, lidar com a autolesão pode provocar sentimentos de medo, culpa, angústia e impotência, muitas vezes associados à dificuldade de compreender as motivações e o significado desse comportamento. Esse cenário pode mudar os vínculos familiares, gerar conflitos e alterar a dinâmica cotidiana, exigindo ajustes na comunicação, nas rotinas e nas estratégias de cuidado (Silva et al., 2015)

Além disso, os responsáveis podem vivenciar sobrecarga emocional e estresse, especialmente quando não contam com suporte social ou orientação adequada. Assim, a autolesão não suicida não afeta apenas o adolescente, mas repercute de maneira ampla sobre o bem-estar e a qualidade de vida de todo o núcleo familiar, ressaltando a importância de ações de apoio e intervenção que envolvam tanto o jovem quanto seus cuidadores.

O envolvimento da família está diretamente relacionado a melhores resultados no acompanhamento de indivíduos que apresentam ALNS. É fundamental que os cuidadores tenham espaço para expressar suas demandas emocionais e sejam devidamente acolhidos, uma vez que também vivenciam uma complexa gama de sentimentos, como tristeza, vergonha, decepção, choque, raiva, frustração, culpa, etc. Além disso, destaca-se a frequente dificuldade dos familiares em compreender a autolesão não suicida, o que reforça a necessidade de intervenções que incluam orientação e suporte emocional para os cuidadores (Silva; Santos; Vedana, 2015).

A produção científica relacionada à saúde mental e à qualidade de vida de familiares e cuidadores de adolescentes que se auto lesam ainda é escassa. Embora existam numerosos estudos voltados para a compreensão da autolesão não suicida entre adolescentes, observa-se uma carência de investigações que abordem especificamente as repercussões desse comportamento no contexto familiar e os impactos emocionais vivenciados pelos responsáveis. Assim, pesquisas que explorem essa temática são imprescindíveis para ampliar o conhecimento na área e subsidiar práticas profissionais mais sensíveis e efetivas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. A pesquisa qualitativa ocupa um lugar consolidado entre as diversas abordagens utilizadas para o estudo dos fenômenos que envolvem os seres humanos e suas complexas relações sociais, estabelecidas em diferentes contextos (Godoy, 1995). É o caso da ALNS em crianças e adolescentes, suas implicações no cotidiano familiar e os atravessamentos culturais que influenciam esse contexto.

Segundo Oliveira (2011), a pesquisa qualitativa é caracterizada por cinco elementos essenciais que configuram esse tipo de estudo: a utilização do ambiente natural como contexto para a coleta de dados, a predominância de dados descritivos, a ênfase nos processos, a valorização dos significados atribuídos pelos participantes aos fenômenos e a adoção de um processo analítico.

Além disso, essa abordagem caracteriza-se pela busca da compreensão contextualizada dos fenômenos, pela valorização da subjetividade e da diversidade de perspectivas, bem como pela ênfase na flexibilidade e na adaptabilidade do processo de pesquisa (Guerra et al., 2024).

Nesse modelo investigativo, o ambiente natural constitui a principal fonte de dados, enquanto o pesquisador desempenha o papel de instrumento central na coleta e interpretação das informações. Os dados obtidos são predominantemente descritivos e incluem ricas narrativas sobre pessoas, situações, acontecimentos, bem como diversos registros, tais como fotografias, desenhos, documentos, entre outros. Assim, todos os elementos da realidade observada são considerados relevantes, contribuindo para uma compreensão aprofundada e contextualizada do fenômeno investigado (Oliveira, 2011).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada no município de Chapecó, localizado na região Oeste do estado de Santa Catarina. Com uma população estimada em aproximadamente 275 mil habitantes, Chapecó destaca-se como um importante polo econômico, educacional e cultural, possui uma economia diversificada, especialmente no setor agroindustrial, e abriga diversas instituições de ensino superior, consolidando-se como um centro regional de referência. Seu IDH é de 0,790 em 2010, o município ficou como o 67º mais elevado do país naquele ano. (IBGE, 2025).

A investigação foi desenvolvida no contexto comunitário, com foco em famílias residentes em determinadas comunidades do município onde foram identificados casos de adolescentes que praticam autolesão não suicida. A escolha desse cenário justifica-se pela necessidade de compreender o fenômeno a partir das dinâmicas familiares e socioculturais que se estabelecem no ambiente comunitário. O cenário comunitário foi constituído pelas residências pessoais e em ambiente de trabalho das participantes, de acordo com a escolha das mesmas, e proporcionou um ambiente propício para a aproximação com elas, favorecendo a obtenção de dados pertinentes e contextualizados, essenciais para os objetivos da pesquisa.

A Pesquisa Participativa de Base Comunitária (PPBC) configura-se como uma metodologia que busca estabelecer um diálogo efetivo entre a comunidade científica e a comunidade estudada. Essa perspectiva valoriza a participação da comunidade nas etapas do processo, desde a definição do problema até a análise e a aplicação dos resultados. A essa abordagem, que prioriza a consideração dos elementos comunitários na pesquisa, atribui-se o nome de Pesquisa Participativa de Base Comunitária (PPBC), tradução livre do termo em inglês Community Based Participatory Research (CBPR) (Souza; Batista, 2009).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com pais, responsáveis ou cuidadores primários de crianças e adolescentes que praticam autolesão não suicida. Foram convidados 7 cuidadores primários, e dois recusaram participar. A amostragem não probabilística foi composta por cinco entrevistadas, quantidade contemplada pela recomendação de Polkinghorne (1989), entre 5 e 10 participantes, todas se identificaram como mães e foram selecionadas por conveniência: 4 foram indicadas a partir de indicação de seus filhos que cometem autolesão de repetição e foram ou ainda são ligados a projetos de pesquisa e de extensão coordenados pela orientadora deste estudo, e 1 respondeu ao convite da pesquisadora, em seu grupo de trabalho.

O recrutamento aconteceu por meio de contato telefônico ou visita domiciliar, ocasião em que foram informadas sobre o teor do projeto e consultadas quanto à sua participação voluntária. A escolha desse grupo de participantes fundamentou-se na necessidade de compreender, a partir da perspectiva familiar, aspectos relacionados ao ambiente doméstico, às práticas culturais e às crenças que permeiam o fenômeno da autolesão na infância e adolescência. As interessadas assinaram o TCLE para que pudessem participar da pesquisa.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa pais, responsáveis legais ou cuidadores de crianças e adolescentes que apresentam comportamentos de autolesão não suicida de repetição, que

residem com esta criança ou adolescente, interessados e disponíveis para participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os pais/cuidadores primários que não participassem diariamente da vida/rotina do adolescente.

4.4 INSTRUMENTO DA PESQUISA

Na presente pesquisa, foram utilizados os instrumentos: diário de campo, entrevista semiestruturada e formulário sociodemográfico, tanto para a produção de dados quanto para a organização das atividades das pesquisadoras. A seguir, serão apresentados e descritos os instrumentos que compõem o processo investigativo e analítico.

4.4.1 DIÁRIO DE CAMPO

Durante o desenvolvimento da pesquisa na comunidade, foi utilizado um diário de campo com o objetivo de registrar observações, percepções e impressões sobre o contexto pesquisado e os participantes, de modo a contribuir para a compreensão aprofundada do fenômeno durante a análise dos dados. Conforme destacam Nascimento e Lemos (2020), o diário de campo constitui um instrumento importante, pois possibilita o registro sistemático do cotidiano do local de pesquisa, favorecendo a reflexão e a análise dos acontecimentos, configurando-se, assim, como uma relevante estratégia metodológica e analítica.

4.4.2 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA E QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

O questionário (APÊNDICE B) foi formulado para o estudo e contempla gênero, idade, escolaridade, ocupação atual, raça/ etnia, vínculo com o adolescente e tempo informado de história de autolesão pelo adolescente. Pretende subsidiar uma discussão contextualizada sobre o fenômeno buscado. A entrevista é amplamente utilizada como uma técnica fundamental na coleta de dados, caracterizando-se por um diálogo presencial entre o pesquisador e o participante, conduzido de forma sistemática para a obtenção de informações

específicas relacionadas ao tema investigado. Nesse método temos a entrevista semiestruturada (Oliveira, 2011).

De acordo com Manzini (2004), a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) caracteriza-se pela utilização de questionamentos básicos, elaborados com base em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. Seu principal objetivo era alcançar o máximo de clareza na descrição dos fenômenos sociais, permitindo uma compreensão aprofundada das experiências dos participantes. Nesse contexto, as perguntas de natureza descritiva assumem um papel fundamental, pois possibilitam a identificação e a interpretação dos significados atribuídos aos comportamentos das pessoas inseridas em determinados meios culturais.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, conforme a disponibilidade do participante, com duração média entre 40 e 60 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas com dispositivo mp3 (com autorização) e posteriormente transcritas para análise com auxílio do software *Word da Microsoft*.

A presente pesquisa buscou compreender diversos aspectos relacionados à saúde mental, qualidade de vida e ao cotidiano de pais/cuidadores primários de adolescentes que experienciam a autolesão não suicida. Foram investigadas a percepção dos pais/cuidadores primários sobre mudanças ocorridas na rotina familiar diante do comportamento autolesivo, explorando o papel das crenças culturais, sociais ou religiosas que influenciam a interpretação de seus próprios corpos e dos filhos, e a resposta familiar à prática da autolesão.

4.5 PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi realizada de forma individual, por meio de entrevista semi estruturada mediada por roteiro desenvolvido para este fim, com mães de crianças e adolescentes que se autolesam, áudio gravada, realizada pela pesquisadora e pela coordenadora da pesquisa. Cada participante convidada foi identificada com a letra P (participante) e o número de sequência de acordo com a sequência do recrutamento, que foi utilizado para identificá-lo nos instrumentos de coleta, bem como na apresentação e análise dos dados, assegurando, dessa maneira, o anonimato e a confidencialidade de suas respostas.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, conforme a proposta por Bardin (2011), que se desenvolve em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, seguidos da interpretação. A primeira etapa, a pré-análise, envolveu a organização e sistematização do material coletado, com o objetivo de

torná-lo operacional e facilitar a identificação dos dados mais relevantes para a análise. Na sequência, a fase de exploração do material consistiu na categorização e quantificação dos dados, considerando a presença ou ausência, frequência e intensidade dos depoimentos. Essa etapa visava transformar os dados brutos em representações significativas do conteúdo analisado.

Por fim, a etapa de tratamento e interpretação dos resultados foi conduzida a partir da identificação dos dados mais significativos, permitindo a elaboração de interpretações alinhadas ao objetivo do estudo, bem como a possíveis descobertas emergentes ao longo da análise. A categorização dos dados consiste na classificação dos elementos que compõem o corpus da pesquisa, primeiramente por meio da diferenciação e, em seguida, pelo reagrupamento de conteúdos com características semelhantes, de forma analógica e homogênea. Dessa maneira, os discursos dos participantes foram examinados e organizados de acordo com seus significados, possibilitando sua desfragmentação, fundamentação e consolidação em interpretações consistentes (Bardin, 2011).

Optou-se como unidades de registro os temas emergentes nas narrativas, obedecendo ao critério semântico de categorização, proposto por Bardin, o que significa dizer que os resultados foram apresentados em categorias temáticas, usualmente indicadas em estudos sobre atitudes, padrões de comportamento, estilo de vida e motivação humana.

4.7 PRECEITOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos definidos pela Resolução 466/ 12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó/SC, CAAE: 90024925.4.0000.5564.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas. Foi garantido o anonimato dos entrevistados, com a substituição dos nomes reais por pseudônimos, e a confidencialidade dos dados foi respeitada em todas as etapas do trabalho. Com o objetivo de garantir o sigilo das informações, bem como assegurar a dignidade e a autonomia dos participantes, estes puderam manifestar seu consentimento de forma livre, consciente e isenta de qualquer tipo de opressão ou constrangimento, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa (Apêndice A).

Os TCLE, que contém dados identificatórios, foram armazenados em arquivos separados dos instrumentos de coleta de dados, os quais estão codificados, de modo a assegurar o anonimato das respostas. Seguindo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD nº 13.709/2018)

4.8 BENEFÍCIO E RISCOS DA PESQUISA

4.8.1 BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A realização da pesquisa, assim como a participação dos envolvidos, não implicou em quaisquer benefícios ou encargos financeiros. No entanto, a pesquisa ofereceu benefícios diretos, ao proporcionar aos participantes um espaço de escuta, diálogo, reflexão e expressão de sentimentos. Esse processo visa favorecer o autoconhecimento dos participantes e uma maior compreensão sobre seu contexto familiar, especialmente em relação ao comportamento de autolesão não suicida. Destacou-se a possibilidade de o participante ser acolhido por uma escuta qualificada e receber apoio emocional, considerando que a pesquisadora responsável possui formação em enfermagem psiquiátrica e ampla experiência na área de saúde mental. Durante a entrevista, a participante teve a oportunidade de construir sua própria narrativa e ser estimulada a refletir sobre aspectos de sua vida, o que pode favorecer positivamente seu bem-estar e sua saúde. Indiretamente, outras famílias serão poderão ser beneficiadas com os resultados da pesquisa, que devem qualificar profissionais da saúde e da educação para cuidar de adolescentes que têm sofrimento psíquico e oferecer suporte profissional para as famílias para melhorarem seu estado de saúde e autocuidado. e para conseguirem enfrentar positivamente os desafios cotidianos.

4.8.2 RISCOS DA PESQUISA

Quanto aos riscos, destacou-se que a participação na pesquisa poderia acarretar desconfortos emocionais, como constrangimento, sofrimento ou desestabilização, em decorrência da evocação de lembranças tristes, traumáticas ou dolorosas durante a entrevista. Para evitar esses riscos da pesquisa, a coleta de dados foi realizada individualmente, em ambiente privativo, primando-se pela ambiência, respeitando-se o tempo do participante para responder à entrevista, bem como utilizando-se de linguagem adequada à sua compreensão e de postura acolhedora e empática. Quando as participantes se emocionaram ou apresentaram angústia, as entrevistadoras manejaram a situação e não houve necessidade de interromper as gravações ou proceder a um encaminhamento psicológico.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das participantes, todas mães, o que reforça o papel central da figura materna no cuidado e na participação da pesquisa. Observa-se variedade na composição familiar, incluindo arranjos com apenas mãe e filho ou com a presença de irmãos e pai. Quanto à situação empregatícia, predomina o desemprego, indicando possíveis vulnerabilidades socioeconômicas, enquanto outras participantes possuem vínculos integrais ou de meio período. A escolaridade apresenta heterogeneidade, com níveis que variam do ensino médio ao superior completo. Esses dados permitem compreender o contexto familiar e social em que os adolescentes estão inseridos e auxiliam na interpretação das experiências relatadas.

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica de mães de crianças e adolescentes que cometem autolesão, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Participante	Familiaridade	Idade da criança/adolescente	Moradores da residência	Situação empregatícia	Escolaridade
P1	Mãe	7 anos	Mãe e criança	Desempregada	Superior completo
P2	Mãe	15 anos	Mãe, adolescente e irmão	Vínculo empregatício integral	Superior completo
P3	Mãe	16 anos	Mãe, adolescente e irmãs	Desempregada	Ensino médio completo
P4	Mãe	14 anos	Mãe, pai, adolescente e irmãos	Vínculo empregatício meio período	Ensino médio completo

P5	Mãe	15 anos	Mãe, adolescente e irmãs	Desempregada	Ensino médio completo
----	-----	---------	--------------------------	--------------	-----------------------

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025

CATEGORIAS TEMÁTICAS

As unidades de registro, que consistem em temas, foram agrupadas em três categorias temáticas que expressam os significados atribuídos às vivências maternas com as filhas que se auto lesam e o contexto familiar, social e cultural em que estas famílias são atravessadas por determinantes sociais de saúde: (1) (MEU/TEU) CORPO E REPRESENTAÇÕES FAMILIARES SOBRE AUTOLESÃO; (2) COTIDIANO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SE AUTO LESAM; (3) TENSIONAMENTOS E POTÊNCIAS FAMILIARES. As categorias temáticas são apresentadas com as correspondentes unidades de contexto, no caso, trechos de falas das participantes em que foram capturadas as unidades de registro.

1. (MEU/TEU) CORPO E REPRESENTAÇÕES FAMILIARES SOBRE AUTOLESÃO

Ao buscar compreender como percebem o próprio corpo e como essas experiências se relacionam com o processo de autolesão das filhas, as participantes revelaram vivências marcadas por dor emocional, autodesvalorização, baixa autoestima e fragmentação da identidade. Os relatos mostram que, para algumas delas, o corpo é percebido como um elemento sem significado, marcado por abusos, tentativas de suicídio ou a sentimentos de indignidade, insatisfação corporal persistente, excessiva autocobrança, e dificuldade em manter cuidados consigo mesmas. Além disso, emerge a sensação de dissolução da própria identidade materna, expressa pela percepção de que deixaram de existir enquanto sujeito individual, sendo reconhecidas apenas como “a mãe” de seus filhos (foco dos serviços de saúde e assistência social). Esses elementos indicam que a percepção corporal das participantes é profundamente atravessada por experiências traumáticas, pelo sofrimento

psíquico e pela sobrecarga materna, aspectos que também influenciam a compreensão e o manejo da autolesão das adolescentes.

A) Representações sobre o próprio corpo

eu nunca me olho muito.[...], eu sempre estou tão focada em cuidar dela que eu não presto muita atenção em mim. Acho que o meu corpo é só o meu corpo[...] pra mim não tem significado nenhum no meu corpo[...] Após eu sofrer um abuso sexual, eu...Eu sentia que o meu corpo era sujo. Nessa época, também, eu tentei suicídio [...]Mais de uma vez. Durante esse período, eu tentei machucar várias vezes [...] Eu não queria ter o meu corpo [...] É como se não existisse mais a P1, a mãe da M V.[...]até nos lugares, quando eu vou, sabe, tipo, acho que as pessoas nem sabem, tipo, as pessoas acho que nem sabem o meu nome, porque lá no Caps, ah, mãe da (filha), na escola, mãe da Maria, tipo, acho que as pessoas nem sabem o meu nome, só vêm a mãe da Maria, e o que existe é a mãe da MV, a P1, eu acho que nunca o tempo deixou de existir, sabe? Acho que desde que a Maria nasceu, em algum momento ali, eu acabei me perdendo e deixando de existir, porque é o que tem.[...] (P1)

Porque eu sempre fui noiada de ficar magra [...]. Mas eu sempre fui estressada. Meu Deus, porque eu tô gorda... [...] Eu acho que isso sempre foi um problema. Pra mim, e eu acredito que isso seja também algo que eu me culpo, pra (filha) também. Eu mais reclamo e cuido um pouco na dieta e tento começar a fazer a dieta física, mas eu logo desisto [...] (P2)

Quando eu era mais nova eu tentei, eu tentava me matar. Eu já me joguei em cima de carro pra me matar, eu tomava, tomei um monte de remédio pra me matar. [...]E daí eu tentei me matar tomando shampoo. Aí fiquei uma semana vomitando. [...]Eu tentei me matar quando era mais nova. E eu também passei por abuso, só que nesse tempo que eu passei por abuso” (P4)

Às vezes a gente tá tão perdida... Que a gente não entende nem o que a gente tá fazendo aqui. [...] O que sentido que tem? Nenhum. Às vezes você olha no espelho e... não vê nada [...] Só que tem a consciência também que tem... Tem as meninas. Mesmo às vezes querendo sumir... [...] Tem que continuar.[...] E me bate um desespero às vezes. [...] E acabei tomando tudo, meus remédios. Eu não pensei em nada. Só que elas eram pequenininhas, né? Mas nunca cheguei a me cortar [...]. É só uma casca. Pózinho, praticamente[...] (P3)

B) Como é representado na família o corpo auto lesado da filha

As narrativas evidenciaram que as experiências familiares dos participantes são atravessadas por episódios de violência, sofrimento emocional e comportamentos autodestrutivos. A repetição de eventos como abusos, tentativas de suicídio e autolesões demonstra que tais vivências compõem uma herança emocional e cultural que perpassa gerações, moldando a

forma como os sujeitos lidam com a dor e o sofrimento. Conforme consta nos relatos/trechos abaixo:

“era um trilhão de cortes naquele braço [...] te cai o chão [...] não era uma tentativa de suicídio [...] era aquela coisa do pedir socorro mas pedir socorro do quê? [...] influência da internet. Muitos amigos que se automutilam [...] era mais fácil ela se cortar do que ela enfrentar aquela situação [...] às vezes ela fazia assim na perna, né? Que daí a gente não via mais no braço [...] Tudo junto... a sexualidade com a automutilação. Aí, a questão da obesidade (da filha). Tem muito bullying na escola e tudo isso. A questão dos meninos [...] na cabeça dela, ela tem que ser magra [...]. Como é difícil quando a gente tem um filho que foge do padrão [...] eu ficava pensando, assim: será que eu dei comida demais pra ela? Por que será que ela é obesa? será que tu precisa comer tudo isso? [...] mas também de ser um vício, né? Porque, daí, qualquer coisinha desencadeava. Qualquer sofrimento... Se cortava. [...] muitas vezes, era a questão do vício.[...] não, ela não está infartando... é só ansiedade [...] É desesperador. É isso a palavra certa. Porque tu precisa ter um autocontrole na hora.[...] Porque era muito aquela coisa de culpabilizar os pais, o psiquiatra”(P2)

Em relação ao peso dela[...] E eu tô cuidando da alimentação dela, porque ela tem, ela é compulsiva também[...] eu sirvo ela uma vez e deu. Até às vezes, quando ela tá nos dias, que ela tá mais agitada, ela fala que eu quero matá-la de fome[...] eu acho que ela deve estar sofrendo muito. Porque eu imagino que a pessoa tem que estar muito desesperada pra chegar ao ponto de se cortar.[...] [...] ele (ex marido) disse: ela (filha) não precisa de remédio nenhum. É você que tá querendo entupir a menina [...] (P3)

[...] ele achava que era frescura dela [...] todo momento ele foi contra a internação, ele não queria que ela se internasse [...] quando ela se cortou as outras vezes eu não contei pra ele já pra ele não ficar julgando ela e eu sabia que ele ia brigar [...] Eu não sei se ela já tem uma genética, porque na minha família tem bastante depressão... ou é por causa da nossa convivência [...] Ou porque elas já nasceram assim [...] Mas eu sempre soube que... nunca, assim, eu falei que foi frescura. Eu sempre sabia que era um negócio sério [...] ela se cortou nas pernas pra mim não ver, né? (P4)

“ Eu sei que ela tem problema, tem né? Mas assim, eu acho que às vezes é um é um pouquinho de querer me chamar atenção, mas eu sei que isso é coisa da minha cabeça também [...] é bem difícil. Tem dias que ela tá... bem difícil de conviver com ela. Ela responde, ela é agressiva [...]disse que ouve vozes e tem eles, que ela chama de eles, e ela diz que é eles que mandam ela se machucar. Que mandaram ela se cortar. Que mandaram ela querer dar veneno de rato pras irmãs[...] eu fico perdida na verdade porque uns falam que é coisa de igreja, outros falam que é cabeça [...] dizem que é coisa de religião, espírito, alguma coisa. Na verdade eu não sei o que pensar. Eu creio em Deus [...], acaso a separação, tenha mexido com a cabeça dela [...] (P5)

“ Porque desde que a (filha) nasceu, eu só faltei enfiar a menina dentro de uma bolha pra proteger[...] meu Deus, mas ela tá fazendo isso (se auto lesando) por quê? Se eu dou tudo, se

eu faço tudo pra essa criança. Aí, tipo, tu não encontra a resposta, sabe? Aí tu pensa, onde é que eu tô errando? [...] Tu fica ali sempre se questionando e tu começa a pensar que o problema é você. O problema tá em você e não na criança[...] eu amo a (filha), mas eu odeio a maternidade. [...]se fosse pela maternidade, eu já tinha desistido, porque é muito ruim. Ah, é horrível ser mãe [...] Você tem que cuidar pra ela não ter nada que possa furar. Até um garfo vira uma arma. Até um garfo normal ali, ela consegue espetar na mão[...]O moletom dela pegar, tirar o cadarço ali do moletom e tentar se enforcar[...] (P1)
(P1)

2. COTIDIANO, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DE MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SE AUTO LESAM

As participantes descrevem uma rotina exaustiva, marcada por culpa, exigências internas e sociais e falta de tempo para o autocuidado e lazer. Esse cenário evidencia tensões permanentes entre mãe-filha-família e um desequilíbrio entre o cuidar e o cuidar-se, fazendo com que o papel materno seja vivido como fonte de sofrimento sem espaços de descanso, reflexão ou prazer e privando a mulher de outros papéis sociais.

a) Sobrecarga no cuidado com a filha

Ao relatarem suas vivências cotidianas, as participantes contextualizaram sua jornada de cuidado e expuseram aspectos do seu itinerário terapêutico, entendido como o conjunto de caminhos percorridos pelas famílias em busca de apoio, cuidado e soluções para o sofrimento psíquico, envolvendo desde estratégias domésticas até a utilização de serviços de saúde, educação e assistência. Nos depoimentos, torna-se evidente que esse percurso é marcado pela sobrecarga materna, pela vigilância constante e por práticas de cuidado intensivas, muitas vezes realizadas sem descanso e com elevado desgaste emocional.

As mães descrevem rotinas exaustivas, nas quais o autocuidado é constantemente negligenciado diante das demandas das filhas, que incluem supervisão permanente, manejo de comportamentos autolesivos, restrição de objetos cortantes e mediação de crises. As dificuldades são ampliadas pela presença de ameaças institucionais, como o acionamento do Conselho Tutelar, e pela necessidade de reorganizar a própria vida laboral para garantir segurança às adolescentes.

Assim, o itinerário terapêutico dessas famílias se revela como um percurso complexo, marcado por buscas contínuas por auxílio, tentativas de proteção no ambiente doméstico e esforços para acessar recursos institucionais que nem sempre oferecem o suporte necessário, refletindo um cotidiano permeado por vulnerabilidade, tensão e cuidados ininterruptos.

O itinerário terapêutico refere-se aos diferentes caminhos percorridos por indivíduos ou famílias na tentativa de manter ou restabelecer a saúde. Esse percurso envolve desde práticas de cuidado realizadas no ambiente doméstico, recursos espirituais ou religiosos até a busca por serviços formais de saúde. Abrange também os processos de decisão e as estratégias adotadas diante de cada situação de adoecimento (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

eu sempre estou tão focada em cuidar dela que eu não presto muita atenção em mim [...] Ah, é horrível ser mãe. Afeta bastante no dia a dia. Porque sempre você tem que cuidar tudo [...] Você não tem um momento que tu pensa assim, Ah, não, agora calma, vou sentar e descansar.” tu nunca descansa, tu sempre tá em alerta.[...] Além dela não dormir também tem a questão alimentar. Que ela é extremamente seletiva e se tu não dá o que ela quer comer, ela fica sem comer. E isso já aconteceu de ficar até três dias sem comer [...] falaram que iam acionar o conselho tutelar pra mim. [...] tem a questão da roupa, que tu tem que cuidar a textura, se não tem elástico, se não tem zíper [...] Aí, tem a questão da fralda, que, agora a gente tá conseguindo tirar durante o dia [...] pra tu dar banho nela, é muito complicado[...] você só quer cortar a unha e a criança grita que você tá matando, que você tá machucando [...] dificultam o dia a dia[...] Ela tá toda hora, ou ela tá comendo e vomitando, ou ela tá tentando se machucar. Daí, tu acaba tendo que ficar ali o dia inteiro[...] Só tem que cuidar da criança. [...] (P1)

Quero bater uma foto porque amanhã eu quero ver se eu tenho um corte a mais aí [...] Te corta, só coloca de volta a gilete, pelo menos o teu irmão pode usar o apontador, porque eu já estou cansada de comprar apontador para o teu irmão[...] (P2)

Eu fui fazer um café. [...] E quando eu fui abrir o quarto, assim, ela tava com uma corda.[...] Acho que deu dois dias, ela tava com a corda no pescoço de novo..[...] por mais que a gente esteja ali em cima às vezes ela está ela está dormindo, vai tomar banho e sai toda arranhada”(P5)

A gente acorda de manhã. Daí faz café. As meninas vão pro colégio. Meio dia a (filha) vem. Daí nós ficamos em casa. Às vezes eu saio, a gente sai, às vezes tem as consultas lá no CAPS. Então a gente fica em casa. Daí cinco horas as meninas (outras filhas) chegam.[...] A gente escondia as facas grandes, as que cortam mesmo. Ela (filha que se auto lesa) pegava aquelas faquinhas de cera [...] quantas vezes achei debaixo do travesseiro dela... dizia que ia matar as irmãs dela, enquanto elas estavam dormindo. Ninguém conseguia dormir [...] O Dr. (psiquiatra) falou que eu tenho que estar 24 horas... se ela vai no banheiro, eu tenho que ir junto [...] Exige. Dinheiro. Tempo. E como é que eu vou fazer alguma coisa? (P3)

Mas hoje graças a Deus eu não bebo mais, não coloco mais álcool na minha boca. Hoje eu cuido das meninas, e antes, eu estava levando a (filha que se auto lesa) pra minha irmã, pra não deixar ela sozinha. Pra mim poder trabalhar. Agora ela fica em casa com a minha filha. Ela sempre tem que estar com alguém. (P4)

b) Desemprego, informalidade e insuficiência de apoios

Pode-se constatar a fragilidade de laços sociais e familiares e desfavorecimento econômico como privação de apoios e desgaste psicológico.

Eu trabalhava no restaurante. Como a (filha que se auto lesa) começou a dar problema, problema, problema, e eu tenho que tá sempre saindo com ela, o meu patrão falou assim [...] Ah, não me leva mal... mas do mesmo jeito que você precisa trabalhar, e levar tua filha, eu preciso de funcionário[...] O pessoal do CAPS (respondendo sobre seus apoios percebidos), e até a minha (filha). Não é? Só eles[...] Os estranhos ajudam a dar mais apoio pra gente que a família [...]" (P3)

As minhas faxinas geralmente pego a tarde, meio período. Não pego o dia todo por causa delas (filhas), porque ele (marido) não tava mais sendo presente, porque ele não tava mais dando carinho pra ela. [...] suporte ela tem aqui e mais o CAPSi. Posto de saúde. E quando a gente precisa vai no UPA. É do meu irmão, ele cedeu (uma residência) pra gente morar quando a gente veio embora. Até a gente se estabilizar por um tempo, não pagar aluguel (P4)

A gente vai um posto de saúde, agora eu fui lá no no CREAS porque eu saí do trabalho né? [...] ver se eu consigo uma bolsa família ali. Mas suporte ela tem aqui e mais o CAPSi. (P5)

A minha rede de apoio é o celular. As vezes a minha avó, raramente a minha avó[...] A minha rede de apoio é o celular[...] (P1)

Então, assim, aí (a filha) foi para a terapia, foi para o psicólogo, foi para o psiquiatra. [...] Eu comecei a fazer terapia também, naquela época. Acho que tem pouco suporte ainda para os pais. (P2)

A participante P1 relatou, anteriormente à áudio gravação, que está residindo temporariamente com a avó, porque sua residência foi acometida por um incêndio e, além do Benefício de Prestação Continuada, não tem renda atualmente e o pai da filha que se auto lesa não cumpre a sentença judicial de custeio de alimentos (relato em diário de campo).

A saúde mental aparece frequentemente como algo distante ou pouco acessível, que é associado pelas participantes ao cotidiano de tensões familiares e responsabilidades com a filha que se auto lesa.

eu acho que nem tenho saúde mental, porque, na verdade, não é que seja uma coisa que eu me importo também [...] Eu não tenho qualidade nenhuma de vida (P1)

Eu olho, assim, todo mundo. Elas todas... Animadas. E se arrumando. E felizes. E falando de tudo, aquilo. E eu, pra mim, é como se eu tivesse... Sabe? Como é que eu vou te explicar? Então, eu não tenho qualidade de vida [...] Porque eu tenho que estar sempre em função. Às vezes eu quero sair e fazer alguma coisa, mas não posso. Não tenho dinheiro também pra fazer alguma coisa que eu possa querer fazer" (P3)

qualidade de vida, eu acho que é...A gente tem que poder viver bem... Fazer as coisas com a família, poder sair, poder dar risada, poder ser divertido, ter direito à saúde, ter tua casa. Aí a gente tá sempre ralando, né? Gente do céu, nunca vi isso igual. Tipo assim, se a gente

ganhasse um pouco mais, e não que a gente ganhe mal... [...] talvez a gente conseguisse não viver pensando em conta. A gente vive pensando em conta, né? Eu queria sair mais com as crianças a jantar fora. Mas, mesmo assim, eu acho que a gente consegue viver bem, sabe? Não sei se isso é saúde mental, mas assim, sabe aquela história de tanto apanhar a gente aprende? Eu acho que a vida ensina e essas coisas fazem parte desse viver[...] E vai te deixando mais preparado pra enfrentar algumas coisas [...] É, eu tenho a impressão que é isso, sabe? Pensando ali nessas coisas vividas, eu acho que sim. É esse equilíbrio que a gente horas tem, horas não e que a gente vai aprender e amadurecendo com o passar da vida e aprendendo a lidar com o sofrimento, com as dores [...] (P2)

3. TENSIONAMENTOS E POTENCIAS FAMILIARES

Os relatos revelam tensionamentos familiares e movimentos auto regulatórios que podem expressar potencias destes sistemas. As famílias investem para se reorganizar diante da autolesão e do sofrimento psíquico das filhas, ainda que em algumas realidades os vínculos tenham se dissolvido.

A minha mãe cometia alguns atos, assim, mas não era contra ela, né? Era geralmente contra mim, né? Ela me queimava com cigarro [...] Eu sou...A mãe que eu não tive, eu sou hoje pra (filha). A gente tem que quebrar os ciclos.[...] (P1)

Hoje eu quase não falo mais. Mas muitas vezes eu falei, muitas vezes nós brigamos [...] Tinha o (atualmente ex marido). Ele pegava a (filha que se auto lesa) e ele dizia: Vamos jogar pontinho? Podia ser duas da madrugada, eles iam jogar pontinho. Daí a gente levantava e ia jogar pontinho. Pronto. Aí você distraía lá no jogo, a coisa, né? Passou. [...] Compramos um tênis para começar a fazer a caminhada. Que já é um momento nosso, entende? Aí depois de lá, é óbvio que ela (filha) sempre quer comer alguma coisa, né? [...] me deu vontade de escrever um bom livro. Aprender é uma forma de aprender a lidar com a frustração, né? (P2)

[...] ele (ex marido) se tornou usuário de droga. Então, ele trancava nós dentro de casa. Ele não deixava a gente sair. Ele não comprava comida. Quando eu vim pra cá com as meninas, eu tinha tido cinco filhos. Eu tinha 58 quilos. [...] Ele deixava a gente presa dentro de casa. [...] Elas (assistência social) chegavam lá, e não tinha comida [...] Ou eu saía de casa com as crianças, ou eles iam no Conselho Tutelar... pra tirar as crianças [...] Só peguei os documentos e as crianças. E saímos lá. A polícia feminina foi lá em casa, buscou a gente, nós ficamos no abrigo. (P3)

[...] A gente morava no morro, que era um lugar muito começou a ficar muito violento, de tiroteio. Sabe? E aí elas presenciaram muitas coisas ruim [...] minha filha mais velha já fazia tratamento na psicóloga, né? [...] Lá do CREAS que atendia a família toda [...] E a gente brigava muito e era difícil pra mim, né? E é ainda difícil. Às vezes a gente bebia juntos, eu e ele (marido). E daí eu avançava nele e daí a gente acabava se batendo [...] ele (marido) está mudando bastante, porque a gente ia se separar, né? [...] aí parece que ele começou a ver as coisas com mais clareza, né? E daí ele também começou a mudar. [...] Ele sentiu que um

pouco era por causa dele [...] E agora elas estão felizes porque ele está sendo de novo aquele pai carinhoso que ele já foi [...] Mas a gente faz chimarrão, toma chimarrão todos nós juntos. (P4)

DISCUSSÃO

As narrativas evidenciaram que os determinantes sociais exercem influência significativa tanto na ocorrência de ALNS entre crianças e adolescentes quanto no sofrimento psíquico vivenciado por suas mães. As falas revelaram trajetórias marcadas por vulnerabilidades estruturais, como baixos níveis de escolaridade, dificuldades socioeconômicas e desigualdades de gênero que recaem desproporcionalmente sobre as mulheres. A ausência de suporte paterno — seja pela divisão desigual do cuidado, seja pela inexistência de participação efetiva — intensificou a sobrecarga emocional e material dessas mães, que assumem, de forma solitária, a gestão do sofrimento dos filhos e a responsabilidade doméstica. Somam-se a isso limitações no acesso a redes de apoio formais e informais, incluindo fragilidades na oferta institucional de cuidado, que muitas vezes não acolhe de maneira tempestiva ou contínua as demandas familiares. Esse conjunto de fatores demonstra que o sofrimento dessas mulheres não pode ser compreendido apenas em termos individuais, mas como resultado de condições sociais que restringem suas possibilidades de enfrentamento e manutenção da própria saúde mental.

A caracterização das participantes deste estudo evidenciou um conjunto de determinantes sociais que atravessam suas experiências de sofrimento psíquico e o manejo da autolesão não suicida (ALNS) praticada pelas filhas. Observou-se que, apesar de apresentarem bom nível de escolaridade, essas mulheres têm seu desenvolvimento profissional — e, em muitos casos, até mesmo sua participação no mercado de trabalho — limitado pela intensa rotina de cuidados com as filhas que se autolesionam. Inseridas em contextos socioeconômicos vulneráveis, elas acumulam responsabilidades domésticas e de cuidado que recaem quase exclusivamente sobre suas próprias mãos, enquanto a presença paterna se revelou ausente ou insuficiente. Essa sobrecarga — simultaneamente emocional, física e material — restringe o acesso a estratégias de enfrentamento e a redes de apoio sociais e institucionais, produzindo um cenário em que o cuidado cotidiano se sustenta sobre recursos pessoais limitados.

Esses achados dialogam com Cronemberger e Silva (2023), ao afirmarem que a ALNS emerge em contextos marcados por “situações de vulnerabilidade social, fragilidade dos

vínculos afetivos e ausência de espaços de acolhimento que permitam a expressão do sofrimento”. Assim, a caracterização sociodemográfica das participantes reforça que a ALNS deve ser compreendida como fenômeno entrelaçado às desigualdades de gênero, às condições materiais precárias e à insuficiência das políticas públicas de cuidado.

A ausência de espaços de cuidado e de redes de apoio eficazes contribui para a manutenção do sofrimento psíquico, afetando a qualidade de vida e dificultando o enfrentamento saudável das situações cotidianas.

A partir da perspectiva sistêmica, a família é compreendida como um organismo interligado, no qual o sofrimento de um membro repercute sobre todos os demais. Nos achados deste estudo, observa-se um sistema familiar que apresenta características de disfuncionalidade, marcado por vínculos fragilizados, comunicação emocional limitada e padrões de relacionamento pautados na sobrecarga materna e na ausência de corresponsabilização paterna. Esses elementos contribuem para a formação de um ambiente onde o equilíbrio emocional é constantemente ameaçado, favorecendo a reprodução de estratégias inadequadas de enfrentamento — como o silêncio, a evitação ou a própria autolesão.

À luz da teoria de Bowen, tais dinâmicas revelam baixos níveis de diferenciação do self, triangulações recorrentes e a perpetuação de legados emocionais que atravessam gerações. Assim, a compreensão da família como um sistema disfuncional permite identificar que a ALNS não emerge apenas da experiência individual do adolescente, mas do funcionamento global de um grupo que, diante da vulnerabilidade emocional, não consegue estabelecer relações suficientemente seguras e reguladoras. Reconhecer essa configuração é essencial para pensar intervenções que não se limitem ao indivíduo, mas que promovam reorganização, comunicação saudável e suporte integral ao sistema familiar, no território e a partir de suas demandas de direitos, trabalho, assistência social, saúde, entre outras.

As narrativas das participantes revelam a presença de padrões transgeracionais de sofrimento, nos quais experiências de autolesão, tentativas de suicídio e adoecimento emocional das mães se conectam às vivências de suas filhas, evidenciando um sistema familiar que reproduz, ao longo das gerações, modos de lidar com a dor marcados pela solidão, pela ausência de suporte e por estratégias de enfrentamento frágeis e ineficazes, como a ALNS e tentativas de suicídio. Esse cenário se agrava quando inserido em contextos de vulnerabilidade social, onde o desfavorecimento econômico, a sobrecarga feminina no

cuidado e os tensionamentos cotidianos limitam a capacidade dessas mulheres de buscar e sustentar processos de cuidado para si e para seus filhos.

Soma-se a isso a fragilidade da atuação intersetorial: embora a política pública brasileira proponha articulação entre saúde, assistência social e educação, as mães relatam uma rede fragmentada, com respostas insuficientes, pouco integradas e incapazes de oferecer acolhimento contínuo. A ausência efetiva da intersetorialidade — que deveria funcionar como eixo de proteção — contribui para ampliar o risco psíquico dessas mulheres e, portanto, de suas filhas, já que permanecem isoladas diante de demandas complexas que ultrapassam o escopo de um único serviço (Ministerio da Saúde, [s.d.]).

Assim, a transgeracionalidade do sofrimento se mantém não apenas pela dinâmica interna do sistema familiar, mas também pela precariedade das políticas e práticas de cuidado, evidenciando que a proteção à saúde mental depende de ações coordenadas que contemplem simultaneamente indivíduo, família e território.

O fenômeno da autolesão não se restringe ao comportamento da criança e do adolescente, mas se insere em um contexto familiar e cultural permeado por dor, silenciamentos e carência de cuidado. As histórias de vida revelam que as mães também são sujeitos marcados por experiências traumáticas, que influenciam suas formas de perceber e lidar com o sofrimento dos filhos. Baixo nível de cuidado materno e baixo nível de cuidado paterno foram associados a risco de autolesão não suicida na vida adulta (Johnstone et al, 2016).

A frequência e a intensidade simbólica dos temas ALNS e suicídio, agrupados no processo de análise a partir de Bardin, trouxeram uma informação relevante no padrão familiar: a cultura da ALNS. Recorrendo à teoria de Bowen é possível apreender que a ALNS e tentativas de suicídio em gerações anteriores, dialogam com o conceito de transmissão multigeracional, mostrando como padrões de sofrimento e estratégias de enfrentamento são perpetuados (Mackay; Errington; Brown, 2024), revelando a necessidade de apoio destas famílias para desenvolverem outras formas de estar no mundo, baseadas competências sócioemocionais e comunicação assertiva e fortalecimento de vínculos, desde a infância, apontando a responsabilidade de instituições escolares e de assistência social para a prevenção da ALNS, bem como ressaltando o papel psicoeducativo da enfermagem nos programas de suporte escolar.

Desse modo, o estudo reforça a importância de olhar para as famílias como espaços de cuidado compartilhado, em que a saúde mental dos pais é parte essencial na promoção do bem-estar dos adolescentes. Compreender as dimensões culturais, afetivas e cotidianas dessas vivências é fundamental para a construção de estratégias de apoio que considerem tanto o adolescente quanto o núcleo familiar como um todo.

As histórias reconstruídas pelas participantes demonstram que a cultura familiar, os padrões de cuidado e as estratégias de enfrentamento são profundamente influenciados pelas experiências passadas, sobretudo na infância, que se tornam referenciais de interpretação do presente. Nesse sentido, observa-se que cada narrativa opera como um campo de memória, onde eventos marcadores — como adoecimento emocional, episódios críticos e fragilidades intergeracionais — atravessam a construção da maternidade e influenciam as formas de manejo do sofrimento dos filhos. Essa perspectiva dialoga com a abordagem sistêmica, que compreende a família como um sistema em constante reorganização, no qual acontecimentos do passado reverberam nos modos atuais de interação e significado (The bowen center for the study of the family, 2023).

A violência sexual na infância constitui um dos eventos adversos mais graves no desenvolvimento humano, sendo amplamente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como forma de maus-tratos, capaz de produzir consequências psicológicas duradouras. Sua ocorrência compromete processos essenciais de construção da subjetividade, afetando a capacidade de regulação emocional, o estabelecimento de vínculos e a percepção de segurança, o que aumenta substancialmente o risco de sofrimento psíquico ao longo da vida (World, 2024).

Evidências mostram que vítimas de abuso sexual infantil apresentam maior probabilidade de desenvolver depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, comportamentos autodestrutivos e uso de substâncias, em comparação à população geral. Esses impactos repercutem especialmente entre mulheres, para quem a autolesão não suicida frequentemente emerge como estratégia de enfrentamento frente a traumas não elaborados e emoções intensas (Maniglio, 2009)

Estudos recentes indicam que a exposição a experiências adversas na infância, incluindo a violência sexual, está diretamente associada ao aumento da vulnerabilidade a comportamentos autolesivos na adolescência e adultez, reforçando que tais práticas não podem ser compreendidas isoladamente, mas como expressão de trajetórias de trauma, negligência e insuficiência das redes de proteção. Assim, compreender a violência sexual infantil como marcador estrutural de vulnerabilidade contribui para ampliar a análise sobre a

ALNS e para destacar a importância de ações intersetoriais de prevenção, cuidado contínuo e suporte psicossocial (LINDERT et al., 2014).

As narrativas analisadas evidenciam que a maternidade, no contexto que está sendo discutido, provocou efeitos profundos sobre a qualidade de vida e a saúde mental dessas mulheres. A partir das desigualdades de gênero historicamente construídas, o cuidado dos filhos — sobretudo quando adoecidos psicologicamente — recai quase exclusivamente sobre elas, configurando uma sobrecarga que limita suas possibilidades de inserção no mercado de trabalho, restringe oportunidades de lazer e interrompe projetos pessoais e profissionais.

Essa centralidade compulsória do cuidado não decorre apenas de circunstâncias individuais, mas de expectativas culturais que naturalizam a responsabilidade feminina pela gestão emocional da família, mantendo as mulheres em posições de menor autonomia econômica e simbólica. Como consequência, a maternidade vivida sob tais condições se transforma em um espaço de exaustão, marcado pela renúncia constante de si e pela dificuldade de investir no próprio bem-estar.

Tais restrições ampliam o risco psíquico, uma vez que a falta de tempo, renda e suporte institucional reduz a capacidade dessas mães de acessar recursos de cuidado, redes de apoio ou práticas que favoreçam sua própria saúde mental. Assim, torna-se evidente que o sofrimento não se restringe ao cuidado do adolescente, mas está ancorado em estruturas sociais que perpetuam desigualdades de gênero e cerceiam a autonomia das mulheres ao longo de seus ciclos de vida.

Embora as entrevistas tivessem sido planejadas para incluir tanto mães quanto pais, apenas as mães se dispuseram a participar. Esse fato, por si só, constitui um dado relevante, pois evidencia como o papel de cuidadora ainda recai predominantemente sobre as mulheres, especialmente em contextos de sofrimento mental na família. A ausência dos pais nas falas analisadas reflete não apenas uma limitação da amostra, mas também um indicativo cultural e social de que o cuidado emocional e o acompanhamento dos filhos são vistos, majoritariamente, como responsabilidades maternas, indicando um padrão de gênero recorrente em pesquisas na área da saúde e do cuidado, nas quais a responsabilidade pela expressão emocional e pelo acompanhamento dos filhos é majoritariamente assumida por mulheres.

As narrativas revelam que o corpo dessas mulheres é marcado por trauma, apagamento e sobrecarga. Para algumas, especialmente aquelas que sofreram abuso sexual, o corpo é vivido como “sujo”, sem valor e separado da própria identidade, resultando em despersonalização e sofrimento profundo. A maternidade intensifica esse processo: o corpo

deixa de ser seu e passa a existir apenas para o cuidado dos filhos, apagando o “eu” e reduzindo-as à função materna. Outras mulheres expressam uma relação de culpa, inadequação e autoexigência, vendo o corpo como algo que falha ou que precisa ser controlado.

Nos relatos de tentativas de suicídio, o corpo aparece como “casca”, algo descartável, revelando um distanciamento extremo de si e um desespero silencioso. Assim, o corpo torna-se espaço de inscrição de violências, dores, renúncias e identidades perdidas — refletindo tanto experiências individuais quanto desigualdades estruturais que atravessam suas vidas.

As falas analisadas, portanto, não apenas revelam histórias de vida complexas, mas também evidenciam a maneira como as participantes organizam suas narrativas para dar sentido às experiências vividas. Conforme discute Bardin, o conteúdo manifesto e latente do discurso permite compreender tanto aquilo que é explicitamente relatado quanto os significados subjacentes às escolhas linguísticas, à emoção mobilizada e à forma como determinados eventos são priorizados ou omitidos. Assim, a análise das categorias demonstra que as memórias de sofrimento, os padrões familiares e a centralização do cuidado materno atuam como elementos estruturantes na interpretação das relações familiares e no manejo das situações envolvendo ALNS e tentativas de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a autolesão não suicida (ALNS) na infância e na adolescência não deve ser compreendida como um fenômeno individual ou isolado, mas como uma experiência profundamente atravessada por dimensões sociais, culturais e relacionais. As narrativas analisadas mostram que mães e filhas vivenciam trajetórias entrelaçadas de sofrimento, cuidado e vulnerabilidade, revelando que a manifestação da ALNS emerge em contextos nos quais fatores como gênero, desigualdades sociais e práticas culturais influenciam diretamente as formas de expressar dor psíquica e de buscar ajuda.

Observou-se que as responsabilidades de cuidado recaem predominantemente sobre as mães, que acumulam funções domésticas, tarefas de maternagem e, simultaneamente, a gestão das crises relacionadas à ALNS. Essa sobrecarga, aliada à insuficiência de redes de apoio e à participação paterna limitada ou ausente, repercute negativamente em sua qualidade de vida,

saúde mental e inserção social e profissional. Assim, o cotidiano dessas mulheres torna-se marcado pela exaustão emocional e pela sensação de isolamento no enfrentamento das demandas familiares, revelando como gênero e cultura moldam as práticas de cuidado e o acesso aos serviços de saúde.

Além disso, o estudo demonstrou que a circulação pelas redes de cuidado — formais e informais — é permeada por dificuldades, seja pela falta de continuidade assistencial, pela fragmentação entre setores ou pela ausência de espaços sensíveis às especificidades das famílias que convivem com a ALNS. Tais achados reforçam que a qualidade do cuidado ofertado às adolescentes e às suas mães repercute diretamente na evolução do sofrimento psíquico e nas possibilidades de prevenção e promoção da saúde mental.

Dessa forma, o conhecimento produzido por esta pesquisa contribui para o campo da saúde mental ao evidenciar a necessidade de abordagens que considerem a família como unidade central de cuidado, especialmente em situações de ALNS. Ressalta-se a importância de fortalecer práticas intersetoriais e compartilhadas — envolvendo saúde, educação, assistência social e comunidade — que ampliem a capacidade de acolhimento, escuta qualificada e suporte contínuo às famílias. Ao reconhecer a ALNS como fenômeno complexo e socialmente situado, recomenda-se que estratégias de promoção da saúde mental incorporem perspectivas de gênero, cultura e vulnerabilidade, de modo a construir redes de apoio mais efetivas e sensíveis às realidades dessas adolescentes e de suas mães.

Em síntese, este estudo reafirma que cuidar da saúde mental de adolescentes que se autolesam implica, necessariamente, cuidar também de suas mães e de seus contextos familiares, promovendo práticas integradas, sustentáveis e transformadoras no âmbito das políticas públicas e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 26 abr. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 14 set. 2025.

CARMO, J. D. S. et al. Autolesão não suicida na adolescência como fator de predisposição ao suicídio. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 25, n. 1, p. 3–9, 3 jul. 2020. Acesso em: 1 jun. 2025.

CHAPECÓ (SC) | Cidades e Estados | IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/chapeco.html>. Acesso em: 14 set. 2025.

COMPORTAMENTO AUTOLESIVO. COPED | SUPED | SED. Manual, 2019. Disponível em: <https://www.sed.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Comportamento-Autolesivo.pdf>. Acesso em: 2025.

CRONEMBERGER, Gerlany Leal; SILVA, R. M. Autolesão não suicida em mulheres jovens: compreensão dos significados envolvidos no ato autolesivo. [S. l.: s. n.], v. 33, 2023.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. [S. l.: s. n.]. Disponível em: https://extensao.cecierj.edu.br/material_didatico/sau2202/pdf/aula%201%20leitura_adolescencia_def_conc_criterios.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

ELIA, J. Autolesão não suicida (ALNS) em crianças e adolescentes. *MSD Manuals*, 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/transtornos-psi%C3%A1tricos-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes/autoles%C3%A3o-n%C3%A3o-suicida-als-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes>. Acesso em: 10 abr. 2025.

FERREIRA DE OLIVEIRA, M. *Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração*. [S. l.: s. n.]. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 2025.

GAETE, Verónica. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, v. 86, n. 6, p. 436-443, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>. Acesso em: 1 jun. 2025.

GABRIEL, I. M. et al. Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. 4, 2020.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *RAE*, [S. l.: s. n.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2025.

JOHNSTONE, J. M. et al. Childhood predictors of lifetime suicide attempts and non-suicidal self-injury in depressed adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 50, n. 2, p. 135–144, Feb. 2016.

LINDERT, Jutta et al. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, v. 59, n. 2, p. 359–372, Apr. 2014. DOI: 10.1007/s00038-013-0519-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24122075/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

LUNA, Florencia. Consentimento livre e esclarecido: ainda uma ferramenta útil na ética em pesquisa. *RECIIS*, v. 2, 2008. DOI: 10.3395/reciis.v2i0.866. Disponível em: <https://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/866>. Acesso em: 31 maio 2025.

MACKAY, L.; ERRINGTON, L.; BROWN, J. Special issue: Bowen family systems theory editorial. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, v. 45, n. 2, p. 131–134, 1 jun. 2024.

MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. 2004. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf. Acesso em: 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 15 nov. 2025.

MSD MANUALS. Autolesão não suicida (ALNS) em crianças e adolescentes. 2022. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatria/transtornos-psiQUI%3%A1tricos-em-crian%3%A7as-e-adolescentes/autoles%3%A3o-n%3%A3o-suicida-alns-em-crian%3%A7as-e-adolescentes>. Acesso em: 14 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Suicide and self-harm. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 14 abr. 2025.

POLKINGHORNE, D. E. Phenomenological research methods. In: VALLE, R. S.; HALLING, S. (eds.). *Existential-phenomenological perspectives in psychology: exploring the breadth of human experience*. [S. l.]: Plenum Press, 1989. p. 41–60.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SANTOS, J. A.; SILVA, M. C. Indicadores de autolesão não suicida em adolescentes de escolas públicas de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, v. 14, n. 2, p. 233–248, 2022.

SILVA, A. et al. *Autolesão não suicida: assistência e promoção de saúde mental*. [S. l.: s. n.]. Disponível em: http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/Autolesao_ao_suicida_assistencia_e_promocao_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 2025.

THE BOWEN CENTER FOR THE STUDY OF THE FAMILY. Learn about Bowen Theory. Disponível em: <https://www.thebowencenter.org/core-concepts-diagrams>. Acesso em: 23 set. 2025.

VALLE, P. R. D.; FERREIRA, J. D. L. Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Educação em Revista*, v. 41, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child maltreatment. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Acesso em: 15 nov. 2025.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que autoriza a participação do responsável e/ou cuidador primário do adolescente que se auto mutila

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/ CAMPUS CHAPECÓ

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF. MARCELA MARTINS FURLAN DE LEO

ACADÊMICA: ROBERTA SOUSA DA SILVA

CAEE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética)

PESQUISA: Cotidiano, qualidade de vida e saúde mental de familiares de adolescentes que se autolesam

Prezado(a) senhor (a) (pai/ mãe, responsável ou cuidador (a), sou Professora Marcela Martins Furlan de Leo, enfermeira, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/SC), Campus Chapecó, e oriento a presente pesquisa: Cotidiano, qualidade de vida e saúde mental de familiares de adolescentes que se autolesam, em que pretendemos compreender como a prática da autolesão cometida por adolescentes pode influenciar o ambiente familiar e vice versa, assim como entender o que essa prática significa para os pais e como eles compreendem a sua qualidade de vida e sua saúde mental. Esta pesquisa será desenvolvida por mim e por Roberta Sousa da Silva, estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC). A autolesão não suicida é um comportamento em que o adolescente causa intencionalmente ferimentos ao próprio corpo, sem a intenção de tirar a própria vida. Esse comportamento pode surgir como uma forma de lidar com emoções difíceis, como tristeza, raiva ou frustração. Muitas vezes, afeta significativamente a rotina familiar e o bem-estar emocional dos pais e cuidadores. Sabemos que, para a família, lidar com essa situação pode ser muito desafiador, e por isso é importante que todos os envolvidos recebam acolhimento e apoio. Esta pesquisa pretende **escutar os pais/cuidadores primários**, entender como vocês percebem a autolesão não suicida, quais são as principais dificuldades enfrentadas, como se sentem em relação a isso e como isso interfere no seu cotidiano, na sua saúde mental e qualidade de vida.

Como será feita a pesquisa?

- Você será convidado(a) a participar de uma entrevista individual, com as pesquisadoras, em local e horário combinados previamente, que pode ser na Universidade Federal da Fronteira Sul ou em sua casa. Havendo possibilidade também da mesma ser de forma remota. A entrevista costuma durar menos de uma hora e se houver necessidade de sua parte, as pesquisadoras custearão seu transporte até o local. A entrevista será áudio gravada para garantir que nenhuma informação importante seja perdida, mas todo o conteúdo será mantido em sigilo e depois de 5 anos o arquivo será destruído.
- Durante a pesquisa, você será identificado com a letra P (participante) e um número que será de acordo com a sequência dos entrevistados, para que sua identidade seja preservada.

Participar é voluntário: você pode aceitar ou recusar participar da pesquisa. Se aceitar, poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou explicação. Você não será remunerado e também não terá custos para participar.

Confidencialidade: todas as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e científicos, sendo garantido o anonimato dos participantes. Os dados serão armazenados de forma segura e somente a equipe responsável terá acesso

Riscos da pesquisa: Sabemos que falar sobre esse tema pode ser emocionalmente delicado e está previsto o risco de constrangimento e de mexer com suas emoções, ao evocar lembranças e fazer reflexões sobre a própria vida. Caso sinta-se desconfortável você poderá interromper a

entrevista. A continuidade ou reagendamento da entrevista dependerá de sua condição emocional para continuar. Caso você se sinta constrangido (a) ou desconfortável, as pesquisadoras oferecerão apoio por meio de escuta terapêutica e, se necessário, encaminharão você para acompanhamento com um profissional especializado na rede de atenção à saúde.

Benefícios da pesquisa: Entre os benefícios desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de o participante ser acolhido por uma escuta qualificada e receber apoio emocional, considerando que a pesquisadora responsável possui formação em enfermagem psiquiátrica e ampla experiência na área de saúde mental. Durante a entrevista, o participante terá a oportunidade de construir sua própria narrativa e será estimulado a refletir sobre aspectos de sua vida, o que pode favorecer positivamente seu bem-estar e sua saúde. Indiretamente, outras famílias poderão ser beneficiadas com os resultados da pesquisa, que devem qualificar profissionais da saúde e da educação para cuidar de adolescentes que têm sofrimento psíquico e oferecer suporte profissional para as famílias para melhorarem seu estado de saúde e autocuidado. e para conseguirem enfrentar positivamente os desafios cotidianos. Ao final do estudo os resultados serão difundidos entre os participantes por meio de entrega de relatório impresso ou digital, a depender do meio de acesso preferível para o participante, em linguagem adequada ao entendimento deste público, a ser elaborado pelos pesquisadores. O contato da coordenadora da pesquisa permanecerá acessível para os participantes esclarecerem dúvidas eventuais.

Ao assinar este termo, você declara que:

Fui igualmente informado (a) de que tenho assegurado o direito de:

1. Receber resposta se surgirem dúvidas referente ao de assunto desta pesquisa;
2. A qualquer momento retirar meu consentimento, e solicitar a finalização na participação da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo;
3. Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
4. A pesquisadora desta investigação se compromete a seguir o que consta na resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde e suas complementares, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, e comprometem-se a publicar os resultados, sejam eles positivos ou negativos.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Caso tenha qualquer dúvida ou deseje mais informações, poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa:

Nome da pesquisadora: Profa. Marcela Martins Furlan de Léo

E-mail: marcela.leo@uffs.edu.br

Telefone: 49 99165 6643 (whatsapp)

Pesquisadora responsável: Prof.^a Marcela Martins Furlan de Leo – Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Dúvidas: Caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Marcela Martins Furlan de Leo, e-mail: marcela.leo@uffs.edu.br, ou endereço institucional: Universidade Federal da Fronteira Sul, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó Fone: 49 99165 6643. Ou também, em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, pelo e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, Endereço atual: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Chapecó – SC, ____ de _____ de 20__

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista e questionário sócio demográfico

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/ CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PROF. MARCELA MARTINS FURLAN DE
LEO
ACADÊMICA: ROBERTA SOUSA DA SILVA

PESQUISA: Cotidiano, qualidade de vida e saúde mental de familiares de adolescentes que se autolesam

Data da produção dos dados: ____/____/____.

Codínome de escolha do responsável ou cuidador:_____.

Genero autoinformado:

feminino masculino mulher cis homem cis mulher trans homem trans não binário

prefiro me autodescrever _____.

prefiro não responder.

Data de nascimento: ____/____/____ Idade (em anos): _____.

Escolaridade: fundamental incompleto fundamental completo

ensino médio incompleto ensino médio completo ensino superior Pós graduação

Trabalho: _____.

Imigrante Refugiado Origem: _____

Raça/ etnia: branca preta amarela parda indígena

Há quanto tempo o(a) adolescente pratica a autolesão (em anos):_____.

Vínculo/ parentesco entre adolescente e responsável ou cuidador:

Adolescente e responsável ou cuidador residem juntos na mesma casa? sim não

Tempo de convívio diário entre adolescente e responsável ou cuidador, em horas: _____

O adolescente faz acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? ()sim ()não

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

2.1 Como você percebe seu corpo? o que ele significa para você?

2.2 Como você percebe ou entende o comportamento do adolescente quando ele se machuca intencionalmente?

2.3 Você já conviveu com outras pessoas que praticavam a autolesão, que se machucavam intencionalmente?

2.4 Em algum momento de sua vida, você já se machucou ou tentou se machucar intencionalmente?

2.5 Como você se sente em relação à autolesão?

2.6 Como é o seu dia a dia, o seu cotidiano?

2.7 Você já buscou alguma informação sobre esse tema? Se sim, onde? Como foi essa experiência?

2.8 Você sente que possui apoio suficiente para lidar com essa situação? Se sim, de quem ou de onde vem esse apoio?

2.9 Como a autolesão afetou o seu dia a dia e as relações familiares?

3.0 Como vocês enfrentam a situação da autolesão no dia a dia?

3.1 Como você percebe a sua saúde mental?

3.2 Como você percebe a sua qualidade de vida?

3.3 O que você acredita que poderia lhe ajudar a enfrentar melhor essa situação?

3.4 Gostaria de falar ou acrescentar algo mais que não foi perguntado, mas que você considera importante sobre esse tema?

