

Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar

Departamento Científico de Adolescência

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo, Evelyn Eisenstein, Beatriz Elizabeth Bagatin Veleda Bermudez; Elizabeth Cordeiro Fernandes; Halley Ferraro Oliveira; Lilian Day Hagel; Patrícia Regina Guimarães; Tamara Beres Lederer Goldberg, Gustavo Iglesias de Azevedo, Vânia Oliveira de Carvalho (DC de Dermatologia), Rackel Eleutério Martins (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Imip. Recife, PE)

Introdução

Na adolescência, o viver é fortemente influenciado pelas intensas transformações físicas, sociais e emocionais. Nesse período também ocorrem a busca de autonomia em relação à família, a elaboração psíquica para um *self* integrado e que constitua sua identidade, e intensa interação com os seus pares. Essas vivências, que acontecem de forma simultânea, culminam na construção de um sujeito com desejos e sentimentos singulares que variam de um a outro indivíduo.^{1,2}

Se por um lado os adolescentes têm sensibilidade emocional exacerbada, por outro apresentam menor capacidade no enfrentamento de conflitos. A menor capacidade em lidar com emoções, em desenvolver um sentido de pertencimento familiar ou no grupo de iguais, alcançar um bem-estar geral de vida, podem levar a comportamentos de risco – consumo de álcool e outras drogas, relações sexuais não protegidas, mais acidentes, etc. – fatos que variam em intensidade, repetição e continuidade.²

Esse contexto inclui a capacidade inadequada de lidar com frustrações, o que pode despertar raiva e sentimentos de fuga ou de vingança, levando a comportamentos externalizantes, isto é, agressividades intencionais que se direcionam a si mesmos ou a terceiros.¹

Os comportamentos auto-agressivos aumentaram de frequência e gravidade nos últimos anos, constituindo um desafio enfrentado no dia a dia pelos profissionais de saúde, educadores e familiares. Compreender a motivação e reconhecer as consequências da auto-agressividade podem também explicar o engajamento e a associação em outros comportamentos prejudiciais, como abuso de substâncias psicoativas, por exemplo.³

O objetivo deste documento científico é proporcionar atualização sobre os principais aspectos dos comportamentos autolesivos não suicidas, no intuito de auxiliar na identificação e condução do problema na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

Autolesões na adolescência

Autolesão é um termo que se refere a um grupo de agressões provocadas no próprio corpo de forma deliberada, propositalmente, uma prática atual que frequentemente se manifesta na adolescência e na fase de adulto jovem. Existem duas manifestações desse comportamento: auto lesão com pretensão final de suicídio e auto lesão sem ideação suicida (ALNS), sendo o enfoque deste texto.^{1,3}

Na ALNS, também denominada *self-cutting* ou *self-injury*, o dano é superficial e não pretende levar à morte. No entanto, alguns métodos utilizados, às vezes, se sobrepõem àqueles de tentativas de suicídio (p. ex., cortar os pulsos com navalha).^{1,4,5} Tal comportamento é sempre sinal de risco, não deve ser negligenciado e precisa de atenção especial.^{1,3}

O termo **automutilação**, para alguns autores, aplica-se aos ferimentos mais graves e irreversíveis, como amputação de membros, a castração e

enucleação, em geral proferidas em estados delirantes, nos quadros psicóticos ou de intoxicação por psicoativos.⁵

O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (AAP) em 2014, classifica os atos descritos como autolesão não suicida como sendo “o comportamento repetido do próprio indivíduo em infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo”. É proposto o seguinte critério diagnóstico:⁷

No **último ano**, o indivíduo tenha se engajado **em cinco ou mais dias** em dano **intencional** autoinfligido à superfície do seu corpo, podendo induzir sangramento, contusão ou dor, com a **expectativa somente de um dano físico**, repetindo um comportamento porque sabe ou aprendeu, que provavelmente **não resultará em morte**.

A Associação Americana de Pediatria também define que esse comportamento não ocorre durante episódios psicóticos, *delirium*, intoxicação por substâncias ou abstinência de substâncias, e suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.⁷

Importante destacar que comportamentos socialmente aceitos como *piercing*, tatuagem, sejam parte de um ritual religioso ou de forma cultural, não são considerados como autolesivos.⁷

Epidemiologia

O conhecimento que se tem sobre a violência autodirigida deriva de relatos efetuados pela própria pessoa, situação não frequente pela tentativa de ocultação por parte do adolescente, ou por lesão cutânea descoberta no exame físico, condições que podem levar a erros de informação e subnotificação de casos.

Quanto à prevalência, a literatura aponta que as condutas autolesivas ocorrem entre todas as raças/etnias, condições socioeconômicas, orientações sexuais, crenças religiosas e níveis educacionais.

Há poucos relatos desse comportamento em indivíduos com menos de 12 anos, mas parece ocorrer em 10% a 13,5% deles.^{3,8} As pesquisas são unânimes em destacar que a prevalência aumenta na adolescência entre 13 e 14 anos, com resultados que variam entre 4% e 46,5%.^{2,3,8-10} Algumas apontam que comportamentos autolesivos podem ocorrer pelo menos uma vez na vida, durante o processo da adolescência.^{2,3,5,8-10}

Em referência ao gênero, o DSM-5 indica que a proporção de ocorrências entre indivíduos do sexo feminino e masculino é de 3:1 ou 4:1. Um estudo alemão também refere que as mulheres relataram taxa significativamente maior de ALNS (4,1% vs 1,9%, $p = 0,001$) do que os homens,^{7,9}.

A ALNS parece diminuir ou se extinguir após a fase de adulto jovem, muitas vezes cessando o comportamento independentemente de qualquer intervenção. É possível que o maior desenvolvimento neurocognitivo permita mecanismos mais eficientes de controle dos impulsos para enfrentar situações adversas.^{2,3,5,8-10}

Fatores de risco

Os fatores que influenciam na predisposição às ALNS podem ser didaticamente divididos em individuais, familiares, sociais, embora, em muitas das vezes, atuem de forma conjunta e superponível (Quadro 1).

Quadro 1. Fatores de risco ou predisponentes às práticas autolesivas não suicidas em adolescentes.

<p>Características Pessoais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de mecanismos de adaptação; - Pessimismo; - Insegurança; - Distorção da imagem corporal; - Baixa autoestima; - Instabilidade emocional; - Impulsividade; - Autodepreciação.
<p>Transtornos Psiquiátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transtorno de personalidade limítrofe; - Transtornos alimentares; - Ansiedade; - Depressão; - Transtorno de uso de substâncias e outros transtornos.
<p>Problemas relacionados à Infância</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negligência; - Abusos e maus tratos: sexual, físico, emocional; - Dificuldade de apego; - Doença grave ou cirurgias na infância; - Estresse emocional precoce. - Mais riscos e episódios de acidentes
<p>Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bullying</i> e <i>ciberbullying</i>; - Colegas e conhecidos que se autoagridem; - Informações sobre autolesão pela mídia no mundo digital; - Dificuldade de relacionamento; - Isolamento.
<p>Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Separação conflituosa dos pais ou abandono afetivo do pai e/ou da mãe; - Desvalorização, rejeição por parte da família; - Violência familiar; - Dependência de álcool ou drogas; - Relação familiar disfuncional; - Depressão de um dos pais ou ambos.

Fonte: Os autores, adaptado das referências bibliográficas

As características pessoais se referem à estrutura de personalidade como a presença de transtornos psiquiátricos e situações traumáticas vivenciadas. Incluem-se a autoimagem negativa, baixa autoestima, insônia, fadiga, alterações na produção de hormônios tireoidianos ou de outros hormônios, síndrome pré-menstrual e uso de substâncias psicoativas.^{3,4,6}

Dentre os transtornos psiquiátricos que podem contribuir, os transtornos alimentares, os transtornos de personalidade limítrofe (anteriormente designada *borderline*), quadros depressivos e ansiedade, e outros transtornos podem propiciar a manifestação de ALNS.^{3,4}

Traumas e angústias da infância podem se refletir por muitos anos. Ao chegar à adolescência, acrescentam-se as mudanças hormonais, físicas e psicossociais, que podem agravar as perturbações anteriores e desencadear o processo de automutilar-se.³⁻⁵

Quanto às vivências familiares e ambiente social, destacam-se pais violentos ou dependentes químicos; ser vítima de *bullying* ou *ciberbullying*, de abusos sexuais ou de maus tratos.^{3,4} A relação parental inconsistente e insensível tem maior peso na probabilidade de adolescentes se engajarem em comportamentos danosos a si próprios.³⁻⁵

A falta de proteção familiar e/ou social dos ambientes inseguros/inconsistentes que se apresentam acrescidos de negligência e repressão da expressão emocional levam ao desenvolvimento interpessoal com pouca habilidade para lidar com as próprias emoções e o auto-cuidado. Aproximadamente 90% dos indivíduos que apresentam tal comportamento referem que ao longo de sua existência foram desencorajados a externalizar suas emoções, especialmente a raiva e a tristeza.²

Alguns aspectos da relação com os pares parecem influenciar a ocorrência do comportamento, especialmente problemas interpessoais como rejeição, conflitos e dificuldades emocionais.^{3,4}

A convivência com outros adolescentes que praticam auto lesão, observar imagens e vídeos postados, tipo desafios perigosos, em redes sociais ou em vídeos são importantes fatores na atualidade pois, a identificação com os pares pode impulsionar às práticas autolesivas.¹¹

Assim, o comportamento de autolesão pode se manifestar de forma individual, o que ocorre na maioria das vezes, ou em grupo, o que pode significar identificação ou caráter exploratório, por influência dos pares.^{7,12,13}

Psicopatologia

A ALNS está associada à disfunção neuroquímica envolvendo a β -endorfina, que é liberada quando há danos corporais (analgesia opiácea natural). Assim, é possível transferir o foco dos sentimentos internos como angústia, ansiedade, tristeza, para a sensação de dor física, porém minimizada pelas endorfinas. Todo esse mecanismo mascara parcialmente o conflito psíquico, ao causar alívio temporário.¹⁴

Assim, há a expectativa de aliviar uma dificuldade interpessoal ou sentimentos negativos durante ou logo após o ato, mais do que tentativa de chamar a atenção sobre si, o que não deixa de ocorrer de forma secundária, se os atos são socializados.^{6,7}

A repetição do ato (impulsividade) pode ser interpretada como uma forma de dependência à β -endorfina e, como em qualquer relação de dependência, existe a tolerância. Isso explica a necessidade de repetição dos ferimentos para manter os níveis altos de β -endorfina, evitar a sensação de abstinência e conseguir aliviar os sintomas psíquicos.¹⁴

Pesquisas também demonstram que adolescentes praticantes de ALNS apresentam níveis significativamente mais elevados de condutividade da pele (um marcador de excitação fisiológica), o que induz a escolha dessa via ou ato como resposta ao estresse.¹⁵

Porém, no campo da saúde mental, reduzir comportamentos a causas biológicas é simplificar demais e ignorar os fatores psicossociais. Assim, estudos mostram que ALNS se relaciona a sintomas depressivos e ansiosos, que poderiam contribuir para o aumento da tensão corporal, e conseqüentemente precipitar os episódios autolesivos.¹⁵

Estudo nacional recente relacionou autolesão em jovens com depressão maior, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD). Além disso, a presença de transtorno de ansiedade nas mães esteve fortemente associada com autolesão deliberada recente e ao longo da vida em seus descendentes.¹⁶

A motivação e a forma como a pessoa busca se ferir também fazem parte da psicopatologia, estando a ALNS associada aos seguintes aspectos.

- O mais comum é a autolesão ser realizada a sós (80%), mas pode acontecer em conjunto com colegas, quando a identificação ou repetição de imagens postadas em redes sociais ou em vídeos fazem parte da psicopatologia.¹¹
- Quando de forma compulsiva, ocorre ânsia repentina de se machucar e promover alívio da ansiedade, como na tricotilomania - arrancar cabelos da cabeça, sobrancelha ou pelos pubianos.¹⁷
- Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos tais como raiva, frustração, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão.^{3,4}
- Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido existe, porém, há dificuldade em se autocontrolar.^{3,4}
- Ideação (pensamentos) da autolesão, o que pode ocorrer frequentemente, mesmo quando não é praticada.^{3,4}
- Apesar de não haver letalidade imediata, o risco de longo prazo de tentativas de suicídio é maior; portanto, ALNS não deve ser menosprezada, pois atualmente é considerada um fator preditivo de comportamento suicida.^{1,4,5}
- A impulsividade vem quando a pessoa sente raiva, medo ou ansiedade de forma tão intensa que não sabe como expressá-los ou controlá-los (mesmo

por choro ou vômitos nas associações com bulimia, por ex). A sensação momentânea de alívio pode vir seguida de vergonha e culpa. O ciclo se fecha quando fortes sentimentos emergem novamente, levando à busca de alívio nos comportamentos autolesivos.^{3,4}

- Adolescentes que praticam a autolesão geralmente vivem em ambiente não suficientemente bom, fato não apenas restrito ao núcleo familiar, mas também em ambiente social marcado por desigualdades e injustiça. Tais cenários dificultam a maturidade emocional, facilitam o desenvolvimento de sentimentos de angústia, de perseguição, a autopunição por falhas percebidas, ou como pedido de ajuda, com intenso sofrimento psíquico.⁹
- Alguns pacientes veem a autolesão como uma atividade positiva e, assim, tendem a não procurar nem aceitar aconselhamento.^{4,9}
- Não se pode esquecer a existência simultânea de diversas psicopatologias, ou comorbidades como por exemplo: depressão, ansiedade, dependência química, estresse pós-traumático e transtornos alimentares.² Adolescentes com transtornos compulsivo-obsessivos em fase crítica, com transtorno do espectro autista ou com síndrome de Tourette também podem realizar ALNS.¹⁷

Dentre as comorbidades, destaca-se o Transtorno de Personalidade Limítrofe, mais comum nas garotas, e se caracteriza por instabilidade emocional significativa, sentimento de vazio e impulsividade. As mutilações tendem a ser mais frequentes porque essas pessoas têm limiar mais alto à dor, ou seja, precisam de estímulos mais fortes para sentir dor. Esse fato pode refletir disfunção em áreas cerebrais que controlam a dor e as emoções.²

Autolesão e influência do mundo digital

No mundo atual, a internet desempenha papel central e que extrapola os conteúdos para adolescentes e jovens, local onde buscam recursos para compartilhar o enfrentamento de dificuldades emocionais por meio de *blogs*, canais no *YouTube* e outras redes. As postagens de músicas, imagens e vídeos podem desempenhar um conforto para essas pessoas, podendo ser positivas na sua recuperação, enquanto espaço para problematizar conflitos e incertezas,

oferecendo também suporte social. A maior parte do conteúdo em *sites* objetiva informar e apoiar os jovens e suas famílias. Porém, é importante destacar que os sites não são a única presença na internet, existem, painéis de discussões, *blogs* e salas de bate-papo.¹¹

No entanto, as interações *online* podem encorajar a autolesão, alguns *sites* demonstram técnicas e métodos para tal prática, inclusive com vídeos de desafios perigosos que podem induzir este tipo de comportamentos entre adolescentes embora a pessoa autora dos posts consiga permanecer aparentemente sem identificação.^{18 - 21}

Assim, é preciso estar atento ao conteúdo de muitos *sites* e redes sociais, uma vez que a ALNS vem denotando caráter epidêmico. Além disso, o sofrimento compartilhado em ambiente virtual não deixa de ser real para quem o postou.^{18 - 22}

Diagnóstico

Embora os adolescentes tendam ocultar as lesões, alguns comportamentos podem servir de sinais de alerta, desde a anamnese até os aspectos dermatológicos das lesões, cuja causa é ocultada e justificada como arranhões ocasionados por animais, quedas, cortes acidentais, entre outros.^{18 - 21}

De maneira geral, o adolescente executa os ferimentos em locais onde possa ficar sozinho e com privacidade. Esses comportamentos ocorrem para ocultar o ato ou o sentimento de vergonha/culpa, sendo também o motivo da escolha por locais do corpo que possam ser facilmente escondidos por roupas ou algum acessório, preferencialmente braços, pulsos, pernas, abdomen.⁶

Os instrumentos comumente utilizados são facas, agulhas, lâminas de barbear, tesoura, estiletes, caco de vidro ou quaisquer objetos pontiagudos, ponta de cigarro acesa, entre outros (DSM-5).⁷ Nesse sentido, é importante que o profissional fique atento ao uso de roupas com manga e calças longas, mesmo

sob forte calor, uso de pulseiras, faixas, braceletes. Mudanças no comportamento como preferência por isolamento social, irritabilidade, autocrítica exacerbada, transtornos alimentares e diminuição da higiene pessoal devem levantar alguma suspeição.^{17,22,23}

Na anamnese, algumas perguntas são imprescindíveis e podem nortear o pediatra durante a investigação.¹⁷

- Você já sentiu vontade de se cortar? Chegou a fazer vários pequenos cortes na pele?
- Alguma vez você se feriu de alguma forma ou desejou esse ferimento?
- Quando fez esses ferimentos, você pensava em quê? Alguma vez pensou em desaparecer, morrer?
- O que você sente quando provoca esses ferimentos?
- Você costuma ter esse tipo de comportamento diante das pessoas com quem convive?
- Quantas vezes você repete esses ferimentos por semana, dia?
- Por quanto tempo você fica pensando em fazer esse ato antes de realmente executá-lo?

Características das lesões

Os pacientes muitas vezes se autolesionam várias vezes em uma única sessão, criando múltiplas lesões no mesmo local, normalmente em uma área visível e/ou acessível (p. ex., antebraços, frente das coxas). O comportamento é muitas vezes repetido, resultando em padrões extensos de cicatrizes.⁶

Ao exame físico, devem ser observadas partes do corpo que ficam escondidas por roupas – glúteos, axilas, ombros e dorso.¹⁷ Esses atos acabam gerando cicatrizes visíveis e invisíveis, — “escondidas” pelos atos disfarçados, negados e ocultados.⁶

As técnicas, os mecanismos e os instrumentos utilizados são variados e parecem inesgotáveis devido à grande criatividade (Quadro 2).⁶

Quadro 2. Mecanismos e instrumentos utilizados na prática de autolesão e automutilação não suicida.

AUTOLESÃO	AUTOMUTILAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Arrancar crostas o que pode causar infecções (comum em crianças pequenas); - Coçar até sangrar; - Arranhar-se; - Manusear feridas até reabrir (Dermatotilexomania ou dermatotilomania); - Roer unhas (onicofagia) até sangrar ou arrancar as peles periungueais; - Introduzir caroços ou grãos em fossa nasal ou conduto auditivo; - Ingerir produtos impróprios como agentes corrosivos, alfinetes, agulhas, pregos, parafusos; - Cortes com estiletos, facas, lâminas de barbear, cacos de vidro, agulhas, pregos ou ponta de compasso. - Esmurrar-se, morder-se na boca ou membros superiores, beliscar-se ou bater a cabeça; - Autoflagelação (tão preconizada por algumas religiões, como utilizar chicote); - Queimar a pele (tipicamente com cigarro) ou com produtos químicos; - Brincadeiras perigosas como de “enforcar-se”, utilizar objetos que provocam dor, muitas vezes com exibição <i>on-line</i>; - Socar paredes, vidros ou materiais rígidos que causem ferimentos; - Arrancar os cabelos (tricotilomania) - Não ter adesão aos tratamentos médicos que possam aliviar a dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enucleação (retirada dos próprios olhos); - Castração - amputação de órgãos genitais, especialmente masculinos. - Amputação de membros ou dedos – encontrada em quadros de psicose delirante e/ou intoxicação

A **gravidade** da autolesão pode ser verificada pela Escala de Comportamento de Autolesão (ECA) adaptada para o Brasil por Giusti (2013), que estabelece os seguintes níveis: ^{13, 24}

- **leve** - morder a si mesmo ou realizar vários arranhões na pele;
- **moderada** - bater em si mesmo propositalmente, arrancar cabelos, inserir objetos embaixo da unha ou sob a pele, ou fazer uma tatuagem em si mesmo sem a conotação socialmente convencional;
- **grave** - cortar ou fazer vários pequenos cortes na pele, queimar-se, beliscar-se ou cutucar áreas do corpo até sangrar intencionalmente.

A gravidade pode ser um indicador de fatores predisponentes da autolesão. A tendência à impulsividade, transtornos psíquicos e o perfil da personalidade podem predispor a pessoa a experimentar diferentes estratégias de enfrentamento com tipos diferentes de comportamento auto lesivo.^{11,17}

Neste sentido, quanto maior a gravidade do ferimento, maior pode ser a dificuldade do adolescente em resolver conflitos. Além disso, o mesmo adolescente pode ter cometido mais de um tipo de ferimento, apresentando concomitantemente lesões leves, moderadas ou graves ou ter a gravidade aumentada com o passar do tempo.^{16,17}

Cogita-se a hipótese de que exista resistência com a prática, a diminuição da dor física leva ao aumento da repetição do comportamento de autoinjúria e a buscar tipos mais graves de autolesão.^{16,17}

Aspectos dermatológicos das ALNS

As cicatrizes parecem se constituir como uma marca social, em uma cultura que experimenta o declínio da interioridade, enaltecendo a exterioridade, a exaltação, deixando pouco espaço para a reflexão, a elaboração do sofrimento, das dores, dos afetos, dos desejos, que acabam inscritos no corpo, por não encontrarem as vias da inscrição psíquica. O corpo fica então transformado em registro vivo desses afetos, emoções, angustias, acabando por expressar a própria história do indivíduo.⁶

As ALNS têm sido descritas na literatura médica dermatológica com termos como dermatite artefata ou dermatite factícea. O diagnóstico pode ser difícil, pois podem mimetizar diversas doenças dermatológicas, o que leva a investigações e tratamentos desnecessários, porém algumas características semiológicas podem permitir o reconhecimento de que foram autoprovocadas, desde que o médico esteja informado sobre a apresentação clínica das ALNS.²⁵

Na maioria dos casos a história clínica não é compatível com o aspecto observado ao exame físico. O paciente e o responsável negam nexos causais das

lesões, que são produzidas principalmente por meios mecânicos ou químicos. A descrição da evolução das lesões também é vaga e em geral a queixa surge abruptamente e sem que uma causa aparente seja descrita.²⁵

Ao exame físico da pele as lesões apresentam-se de forma polimórfica, com escoriações superficiais em intervalos regulares, que deixam manchas hipercrômicas residuais. No caso de *cutting* as lesões são provocadas por estilete ou gilete e as áreas mais acometidas são membros superiores (Figura 1) e face externa das coxas, que permite ocultar as lesões. Em avaliação retrospectiva de 44 crianças e adolescentes com ALNS, Alcântara *et al.* referem que as lesões se localizaram principalmente na face, pescoço e membros superiores e que os pacientes haviam realizado diversas consultas anteriores por lesões cutâneas, antes que o diagnóstico fosse estabelecido.²⁶

Figura 1- Manchas hipercrômicas lineares, distribuídas simetricamente e em intervalos regulares na face interna do braço, provocadas por estilete



Fonte: Arquivo do serviço de Dermatologia Pediátrica da UFPR

Nos casos graves pode haver necrose, ulceração e crostas. Lesões purpúricas são menos frequentes, porém mantêm o aspecto simétrico e bilateral e a localização em áreas de fácil alcance e podem ser produzidas por diferentes objetos e por sucção (Figura 2). Por este motivo lesões purpúricas em adolescentes devem incluir no seu diferencial ALNS.²⁷

Figura 2- Púrpura não papável, de aspecto linear e simétrico provocada pela sucção, os limites da lesão muito precisos indicam a possibilidade de ALNS.



Fonte: Arquivo do serviço de Dermatologia Pediátrica da UFPR

A morfologia das lesões é bizarra e pode ser geométrica com lesões em intervalos regulares e não apresentam características de uma dermatose conhecida, podendo mudar de aspecto de uma consulta para a outra. Inscrições com intenção de tatuar a pele podem deixar cicatrizes permanentes. Alguns objetos utilizados permitem o reconhecimento do que causou a lesão como giletes (Figura 3).²⁸

Figura 3- Exulcerações, crostas hemáticas e manchas hipocrômicas residuais de distribuição linear e de limites precisos, provocados por gilete.



Fonte: arquivo do serviço de Dermatologia Pediátrica da UFPR

Quanto à localização, os membros superiores e áreas de fácil alcance para a mão dominante são mais acometidas, com lesões em espelho, ou seja, com distribuição bilateral e simétrica. Em alguns pacientes pode haver uma dermatose de base, no entanto as lesões são excessivamente escoriadas o que modifica o aspecto semiológico esperado (Figura 4).

Figura 4 – Exulcerações lineares, crostas hemáticas e manchas hipercrômicas pós-inflamatórias na face extensora de membros superiores, em paciente com prurigo estrófulo e tricotilomania.



Fonte: Arquivo do serviço de Dermatologia Pediátrica da UFPR

Novas modalidades para provocar as lesões tem sido observadas, como presença de bolhas pelo uso de aerossol (Figura 5), descrito como desafio do aerossol ou do desodorante que promove queimaduras na pele pelo resfriamento.²⁹

Figura 5 – Manchas e máculas hipocrômicas arredondadas posterior a lesões bolhosas provocadas por queimadura com aerossol.



Fonte: Arquivo do serviço de Dermatologia Pediátrica da UFPR

O pediatra que presta o primeiro atendimento para crianças e adolescentes deve estar atento para detectar ALNS, principalmente, quando frente a lesões cutâneas que surgem abruptamente, com história vaga no tocante a fatores causais e com características evolutivas não observadas pelo paciente. Associado a lesões detectadas no exame físico e que não haviam sido descritas, ou lesões com aspecto geométrico ou linear e simétrico, nas áreas de fácil alcance com a mão dominante. A abordagem sobre o diagnóstico de ALNS, e alerta aos pais e aos pacientes quanto a gravidade do comportamento, mesmo frente a lesões aparentemente leves, deve ser realizada o mais breve possível a fim de permitir a conduta adequada e melhorar o prognóstico.

Conduta

Recomenda-se abordar o paciente em ambiente acolhedor, considerar sua individualidade e jamais negligenciar suas dores psicológicas. O vínculo paciente-médico e a abordagem ética são fundamentais. Também é essencial estabelecer uma relação de confiança e afetividade, buscando dialogar continuamente sobre outros meios de solucionar os problemas, que não sejam por se ferir.⁴

À medida que esses jovens são acolhidos e orientados, passam a externar suas preocupações e conseguem se perceber mais confiantes. A família tem papel mais do que fundamental nessa jornada, devendo ser orientada a buscar apoio psicológico.⁴

O diagnóstico da ALNS deve necessariamente excluir um comportamento depressivo ou gesto suicida. Para tanto, é importante a anamnese bem conduzida e o exame físico extenso, avaliando a quase totalidade do corpo. Antes de iniciar-se o tratamento, torna-se essencial que haja discussão com o paciente para avaliação e planejamento adequados do tratamento. Seguem-se algumas etapas dessa avaliação.⁴

- Validar a experiência do paciente, mostrando-se atento ao seu relato e comunicando que suas experiências são consideradas com seriedade;
- Demonstrar compreender as emoções do paciente que motivaram suas ações;
- Determinar tipo, quantidade e gravidade das lesões;
- Definir com que frequência as autolesões acontecem e há quanto tempo vêm ocorrendo;
- Investigar a função/motivação/significado da autolesão para o paciente;
- Verificar transtornos psiquiátricos coexistentes;
- Estimar o risco de tentativa de suicídio;
- Determinar a disposição do paciente para adesão ao tratamento.
- Avaliar a data da última vacinação para tétano ou aplicar reforço.
- Importante dados laboratoriais, inclusive pesquisa para anticorpos de hepatite C

Nenhuma droga específica foi aprovada para o tratamento de ALNS. Mas, naltrexona e certos antipsicóticos atípicos se mostraram eficazes em alguns pacientes por diminuir ou cessar os episódios de autolesão. O manejo desses medicamentos deve ser acompanhado por psiquiatra da área infanto-juvenil e associado à psicoterapia. Indica-se tratamento psicoterápico na modalidade cognitivo-comportamental, que permite identificar e tratar os motivos que levam a essa prática.⁴

Transtornos psiquiátricos coexistentes (depressão, transtornos alimentares, abuso de drogas, transtorno de personalidade) devem ser tratados de forma adequada, com um profissional de saúde apropriado conforme necessário e o cronograma de acompanhamento deve ser programado.⁴

Desafios para o pediatra e o médico de família

A autolesão tem se apresentado com grande frequência na prática clínica e, necessário, se faz, refletir sobre estas práticas com um olhar renovado, mais questionador sobre a atuação do profissional frente à questão que é desafiadora.^{22, 23}

Os profissionais que lidam com os adolescentes e sua saúde mental enfrentam a ansiedade de encontrar soluções, auxiliar na manutenção da qualidade de vida dos pacientes, porém se deparam com a difícil realidade de que o entendimento de bem-estar de uns nem sempre será igual ao de outros.²⁴ Ao mesmo tempo, o desafio de compreender mais sobre a autolesão permanece. É perceptível que cada grupo social enxergue o comportamento de uma forma: uma fonte de alívio para os adolescentes, uma fonte de preocupação para os familiares, um quadro clínico a ser diagnosticado e tratado pelos profissionais de saúde.²³

É necessário refletir e se perguntar sobre a autolesão na adolescência: **“Porque ela tem se tornado tão comum na atualidade? Como reagem os adolescentes que se auto agrirem, ao chegar na vida adulta? Seria a autolesão apenas substituída por outras práticas autolesivas na vida**

adulta, mais aceitáveis socialmente para os adultos, como o uso de drogas e o alcoolismo?”²³

Estas são questões que atraem o olhar do profissional. Há uma necessidade urgente de pesquisas sobre o assunto, para a compreensão mais abrangente deste fenômeno na atualidade e no Brasil, e também uma troca de experiências entre os profissionais da saúde e saúde mental, educadores e familiares para que haja uma reflexão crítica.²³

Faz-se necessário atender os/as adolescentes e vê-los com suas individualidades, incentivando a autonomia, o desenvolvimento do indivíduo como ser social, cidadão, ser ativo nas relações de poder, reprodutor de discursos e um ser de resistência. Este é o grande desafio frente a todas as questões de saúde apresentadas pela população.²³

Considerações finais

Considerando-se a alta prevalência do comportamento autolesivo na adolescência e suas consequências, e que comportamentos ocorridos nesta faixa etária podem estender-se à vida adulta, estudar a autolesão em adolescentes fomenta estratégias de intervenção e prevenção mais eficazes.

Pais e professores devem ficar atentos para as alterações bruscas do comportamento, o aumento da agressividade, o sentimento de tristeza, o aumento da ansiedade, o isolamento, a marcas pelo corpo, a amigos com quem o jovem ou a criança se relaciona, ao tempo em que permanece na internet, redes sociais a que pertence....

É necessário que a pessoa possa colocar essas experiências em palavras, possa sentir-se compreendida, acolhida e buscar uma outra forma de expressar essa dor, de compartilhá-la, que não seja pela autolesão.

O papel importante da família, educadores e profissionais de saúde é ouvir e procurar compreender o que se passa, sem procurar culpados, sem castigos;

aproximar-se; avaliar como e o momento oportuno de oferecer ajuda e qual tipo de ajuda; e da necessidade de encaminhamento para um acompanhamento psicológico.

Referências

- 1- Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Rev port saúde pública. 2013;31(2):213–222.
- 2- Almeida RS. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/ educacional. Ciências Humanas e Sociais. Alagoas: v.4. n.3 p. 147-160 . Maio 2018. periodicos.set.edu.br
- 3- Santos LCS, Faro A. Theoretical aspects of self-injurious behavior: A theory revision Psicol. Pesqui. | Juiz de Fora. 2018: 12(1) 1-10
- 4- Clayton PJ. Autolesão não suicida (ALNS) <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiquiaticos/comportamento-suicida-e-autolesao/autolesao-nao-suicida-als>
- 5- Silva AC, Botti NCL. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2017, 18:68
- 6 Romaro R. Autoagressão na infância e na adolescência. Disponível in: <http://www.ritaromaro.com.br/autoagressao-na-infancia-e-na-adolescencia-2/> acesso 10/03/19
- 7- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 DSM-5* (M. I. C. Nascimento, Trad). Porto Alegre: Artmed
- 8- Jorge JC, Queirós O, Sariava J. Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência *Análise Psicológica* (2015), 2 (XXXIII): 207-219 doi: 10.14417/ap.991
- 9- Plener *et al.* The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry* (2016) 16: 353 DOI 10.1186 / s12888-016-1060-x
- 10- Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review *Front Psychol.* 2017; Nov 8; 8:1946. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01946. eCollection 2017
- 11- Bilgiç A, Yilmaz S, Hergüner S. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatr Danub.* 29(4):473-479; 2017
- 12- Tostes GW, Assis NDP, Vaisberg TMJA, Corbett E. Dor cortante: sofrimento emocional de meninas adolescentes *Contextos Clínicos*, vol. 11, n. 2, Maio-Agosto 2018
- 13- da Fonseca NPH, Silva CA, de Araújo LMC, Botti NCL. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 70 (3): 246-258
- 14 Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2011,3(2): 167-175
- 15- Kerr PL, Muehlenkamp J. Features of Psychopathology in Self-Injuring Female College Students. *Journal of Mental Health Counseling*, 2010: 32(4): 290-308.

16- Simioni AR. Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Porto Alegre, RS, 2017. [Dissertação de Mestrado].

17- Favazza A. Bodies under Siege. Self-mutilation, Non-suicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry. 3rd. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 2011.

18- Otto SC, Santos KA. Psic. Rev. São Paulo, volume 25, n.2, 265-288, 201
Tumblr and self-destructive practices: the epidemic character of self-harm

19- Barbosa TLL, de Melo HA. Autolesão na adolescência e o espaço virtual – Disponível

in:http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV108_M D1_SA13_ID866_21052018213557.pdf. Acesso em 03/03/2019

20- Favazza AR. (2006). Self-injurious behavior in college students. Pediatrics, 117(6), 2283-2284. doi: 10.1542/peds.2006-0840.

21- Harris, I. M., & Roberts, L. M. (2013). Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an Internet-based study. Journal of medical Internet research, 15(12), 1-9.

22- Silva MFA, Siqueira AC. O perfil de adolescentes com comportamentos de auto lesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO . Revista FAROL Terceira Edição v. 3, n. 3 (2017)

23- Henriques RLSP A automutilação nas políticas públicas de saúde mental: um olhar através do biopoder e sociedade disciplinar foucaultiana. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas. 2018; 3(6) – ISSN 2448-0738

24- Giusti, J. S. (2013). Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (tese). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

25- - Finore ED, Andreoli E, Alfani S, Palermi G, Pedicelli, C, Paradisi, M. Dermatitis artefacta in a child. Pediatr Dermatol 2007; 24:51–56.

26- Alcantara LS, Bravo GB, Pichardo RA, Martínez FM, Dermatitis artefacta in childhood: a retrospective analysis of 44 patients, 1976-2006. Pediatr Dermatol. 2015 32(5): 604-8

27- Ring M, Miller IM, Benfledt E, Jemec GB. Artefactual skin lesions in children and adolescents: review of the literature and two cases of factitious purpura. Int J Dermatol. 2015. 54(1): E27-32.

28-Shah KN, Fried RG. Factitial dermatoses in children. Current Opinion in Pediatrics 2006, 18:403-409.

29- <http://time.com/5270672/deodorant-challenge-trend-burns-warning/>

SUGESTÃO PARA CONSULTA BIBLIOGRÁFICA

1- Instituto Dimicuida www.institutodimicuida.org.br

x

