



CAMPANHA MAIO AMARELO: DEPRESSÃO ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PARE – OBSERVE – ACOLHA

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE SAÚDE MENTAL DA SPSP

AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Texto divulgado em 14/05/2021

Relatores*

Arianne Monteiro Melo Angelelli

Cleyton Angelelli

Membros do Departamento Científico de Saúde Mental da SPSP

O índice de automutilação tem aumentado entre jovens e adolescentes. Estudos mostram que, em mulheres de 16 a 24 anos, os casos triplicaram desde os anos 2000. Os números são alarmantes: quase uma a cada cinco mulheres já teve algum comportamento de automutilação na vida.¹

Dentre os métodos de automutilação mais comuns, o *cutting* (prática de se cortar) responde por cerca de 70%, seguido de queimaduras e arranhaduras profundas.² É caracterizado pela destruição deliberada de tecido corporal na ausência de intenção de morrer e fora de um contexto socialmente sancionado (por exemplo, o uso de *piercings* e em rituais religiosos). Quando é acompanhado da intenção de morrer, caracteriza-se o comportamento suicida.³

A relação entre autoagressão e intenção suicida é complexa.³⁻⁵ Epidemiologicamente, a automutilação, a tentativa de suicídio e o suicídio exitoso, embora dividam entre si fatores de risco e possam ocorrer conjuntamente, são considerados entidades distintas. Cassorla ressalta que o suicídio exitoso predomina em homens mais velhos, e as tentativas de suicídio são mais comuns em adolescentes e mulheres jovens (em torno de 20 a 30 tentativas para cada suicídio).⁶ No caso do *cutting*, sabemos que o sintoma pode variar de simples experimentação a um comportamento recorrente que envolve risco progressivo de vida. Se iniciado na pré-adolescência, associa-se a maior frequência, uso de métodos mais variados de autolesão, e mais visitas hospitalares decorrentes do comportamento.⁷ A idade de início tipicamente ocorre entre 12 e 14 anos, é raro em crianças mais jovens de 5 a 7 anos,^{2,6-10} e após os 25 anos de idade.¹¹ A prevalência da autoagressão varia de acordo com a metodologia dos estudos.^{2,12}



Adolescentes geralmente tentam esconder as lesões e uma minoria procura ajuda ou atendimento. São eventos comuns em levantamentos na comunidade ou em serviços de atendimento clínico, mas com taxas de prevalência maiores nos últimos, onde, entre adolescentes com algum diagnóstico psiquiátrico, a prevalência é estimada em 50-70%.¹¹ Se o comportamento autoagressivo se cronifica, pode adquirir uma característica compulsiva. Há o risco de que se torne um modo costumeiro de lidar com a angústia, sendo levado para a vida adulta. O cuidado e atenção na hora certa podem prevenir um destino fatal no futuro. Um estudo da Inglaterra seguiu cerca de 9.000 pessoas (idades 10 a 18 anos) que chegaram ao pronto socorro por alguma lesão autoinflingida: num intervalo de 3 anos, uma em cada 100 morreram - mais da metade por suicídio, predominantemente homens.¹³

Este fenômeno tem correlação com um elemento de contágio, principalmente entre adolescentes mais jovens, influenciados por amigos que também se cortam ou pela internet.^{14,15} A influência das mídias sociais na disseminação de conteúdos relacionados a autoagressão tem sido cada vez mais apontada.^{2,16,17} A busca por termos relacionados ao tema chegou a 42 milhões de vezes ao ano, apenas em buscas do Google.¹⁶ Na gênese do interesse, há tanto aspectos potencialmente benéficos (como a busca da diminuição do isolamento social, a busca de recuperação) como maléficos (por exemplo, o reforço social e incitação ao ato de autoagressão).

Os fatores de risco para a automutilação e intenção suicida são semelhantes: sexo feminino, precariedade socioeconômica, ser minoria ou transgênero, ter uma orientação sexual diferente da maioria, sofrer *bullying* na escola, histórico de abuso sexual ou físico, uso de drogas ou álcool e ter alguma doença mental (principalmente depressão e transtorno *borderline* de personalidade).¹⁸⁻²² No caso dos grupos minoritários em relação à orientação sexual ou de gênero, a chance de autoagressão foi seis vezes maior em relação aos pares que não apresentavam este tipo de questionamento.²¹ Fatores como vitimização, conflitos e rejeição familiares contribuem para altas prevalências. A psicopatologia parental em contextos de negligência e violência também concorrem para aumento de risco.²²

Em contextos clínicos, o encontro de lesões sugestivas de autoagressão deve ser encarado com seriedade. O pediatra pode, a sós com o paciente em consulta de rotina, perguntar ativamente, como no exemplo: “Você alguma vez já fez ou pensou em fazer algo para se machucar de propósito, como se cortar ou se queimar?”. Essa pode ser eventualmente a única chance do paciente de se abrir sobre a questão.

É necessário compreender o sintoma como um pedido de ajuda. Os pacientes relatam que este comportamento pode ter uma finalidade paradoxal. Muitas vezes adolescentes dizem que não se cortam para morrer e sim para canalizar a angústia e continuar vivendo. Em se tratando desta



faixa etária, mesmo um comportamento tão chocante como este pode fazer parte de um desajustamento temporário de prognóstico melhor, que responde bem ao manejo ambiental e suporte. Mas, mesmo sem intenção suicida aparente, a abordagem do problema deve levar em conta a pesquisa de sintomas de depressão e outros transtornos psiquiátricos, e o encaminhamento a serviços de atendimento psiquiátrico e psicológico.²³

Para além da obviedade da destrutividade contra si mesmo encontrada no *cutting* e nas intoxicações, outros sinais mais silenciosos podem ajudar a precisar a gravidade de um quadro no adolescente: mudanças drásticas de humor, padrão de sono ou alimentação, perda de interesse pelas atividades e divertimentos habituais, queda do rendimento escolar, isolamento. Sintomas físicos como dores abdominais e cefaleia são comuns. Lavar suas roupas separadamente, usar mangas compridas ou pulseiras para esconder as cicatrizes e evitar expor o corpo para os pais, bem como dar explicações estranhas para as injúrias na pele são comportamentos frequentemente encontrados. Guardar ou esconder lâminas de barbear, tesouras ou até a lâmina do apontador e compasso escolar com o intuito de se cortar também acontece. O uso de substâncias psicoativas é comum, e todas estas questões devem ser abordadas na avaliação.

O que fazer?

A empatia é a chave para se comunicar com o adolescente, para que se sinta confortável em compartilhar o que sente e o que lhe passa. Posturas críticas, tão comuns no entorno, podem fazê-lo sentir-se ainda mais sozinho, estigmatizado e se colocar em posição defensiva. A escuta deve ser ativa, mostrar abertura e preocupação real com o sofrimento e livre de julgamentos – elementos-chave para estabelecer um canal de comunicação com o indivíduo que sofre.

A prevenção está ligada à promoção do bem-estar psicológico por meio de intervenções familiares, na escola, psicoterapia e ação direta sobre fatores de risco. Na psicoterapia, é preciso reestabelecer a confiança e ajudar o adolescente a conhecer os gatilhos para o desejo de se cortar, desenvolvendo maneiras novas de lidar com sua angústia. Se houver transtorno mental associado, os cortes podem ter sido o caminho mais visível para fazer o pedido de ajuda – e a medicação psicotrópica bem indicada faz-se necessária.

A Sociedade de Pediatria de São Paulo destaca que diagnósticos e terapêuticas publicados neste documento científico são exclusivamente para ensino e utilização por médicos.



Referências

01. McManus S, Gunnell D, Cooper C, Bebbington PE, Howard LM, Brugha T, et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000-14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:573-81.
02. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:20.
03. Grandclerc S, Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11:e0153760.
04. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med*. 2010;23:240-59.
05. Butler AM, Malone K. Attempted suicide v. non-suicidal self-injury: behaviour, syndrome or diagnosis? *Br J Psychiatry*. 2013;202:324-5.
06. Cassorla RM. Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental. São Paulo: Blucher; 2021.
07. Ammerman BA, Jacobucci R, Kleiman EM, Uyeji LL, McCloskey MS. The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48:31-7.
08. Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC, Santee AC, Nock MK, Auerbach RP. Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45:971-83.
09. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42:496-507.
10. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*. 2012;130:39-45.
11. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379:236-43.
12. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44:273-303.
13. Hawton K, Bale L, Brand F, Townsend E, Ness J, Waters K, et al. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4:111-20.



14. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2013;17:1-19.
15. Hasking P, Andrews T, Martin G. The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *J Youth Adolesc.* 2013;42:1543-56.
16. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics.* 2011;127:e552-7.
17. Lewis SP, Heath NL, Michal NJ, Duggan JM. Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: what mental health professionals need to know. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:13.
18. Fox KR, Millner AJ, Mukerji CE, Nock MK. Examining the role of sex in self-injurious thoughts and behaviors. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:3-11.
19. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;38:55-64.
20. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Nonsuicidal self-injury and suicidality among sexual minority youth: risk factors and protective connectedness factors. *Acad Pediatr.* 2017;17:715-22.
21. Batejan KL, Jarvi SM, Swenson LP. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review. *Arch Suicide Res.* 2015;19:131-50.
22. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:156-67.
23. Hansson K, Malmkvist L, Johansson BA. A 15-year follow-up of former self-harming inpatients in child & adolescent psychiatry - a qualitative study. *Nord J Psychiatry.* 2020;74:273-9.

***Relatores:**

Arianne Monteiro Melo Angelelli

Psiquiatra com título de Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Membro do Departamento Científico de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Cleyton Angelelli

Médico pediatra e membro do Departamento Científico de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria de São Paulo.