

# Comportamentos autolesivos na adolescência

Bianca Lorenzi Negretto

## AVISO DE GATILHO

Nesta apresentação, abordarei temas como **violência autoprovocada** - que engloba **autoagressão com e sem intenção suicida**. Dados clínicos e demais informações sobre o tema serão abordados nos slides e/ou nas falas.

Se este é um tema que pode ser sensível para você, considere se ausentar desta da apresentação.

# Declaração de conflitos de interesse

Declaro não possuir

# Autoagressão

Automutilação / *cutting*

## Motivadores

Comportamentos  
deliberados

Agressões diretas ao  
próprio corpo



Sufrimento emocional,  
sentimento de raiva, tristeza,  
angústia e vazio interno;

Emoções sentidas de maneira  
muito intensa e insuportável



**Alívio da angústia**

# Motivadores

Mas também:

- Alívio da dor emocional
- Autopunição;
- Desejo de vingança;
- Querer pertencer a um grupo;
- Provar que aguenta a dor;
- Procurar ter alguma sensação, sentir algo

## Expressões

- Lesões leves, como arranhar a pele com as unhas ou se queimar com pontas de cigarro
- Maneiras moderadas, como cortes superficiais nos braços
- Modalidades mais graves, como a autoenucleação dos olhos e a autocastração

# Expressões

## Métodos mais utilizados:

- Cortes na pele e raspagem (70-90%);
- Bater, contundir, golpear (21-44%);
- Queimar (15 - 35%)

## Contexto

- Geralmente, surge na **adolescência** e perdura por um período de **10 a 15 anos ou mais**, chegando a **décadas se não houver tratamento adequado**
- Significativamente maior no **gênero feminino**, nas pessoas que **vivem em sistemas não nucleares** e naquelas com **maior insucesso escolar**

## Sinais que sugerem comportamento autolesivo

- Mudança no comportamento, no rendimento escolar e no grupo de amizades;
- Mudança constante de humor;
- Aparecimento de cortes, queimaduras, machucados;
- Uso de roupas de manga longa, mesmo no calor;
- Ter em posse materiais cortantes

## Sob um entendimento psicanalítico

- Aflição sem nome, que **flutua entre corpo e psiquismo**
- **Dor**: instrumento de **redução, de corte**, de deslocamento da angustia; alivia e **localiza** a angústia para um **ponto de dor no corpo**
- Após: evolui para uma satisfação, "prazer estranho" de ver sangue escorrendo, pele saindo, "descoberta do corpo"
- Mais típico na adolescência, que é uma produção eminentemente do corpo; luto de um corpo infantil, substituído por um corpo ainda indeterminado e praticamente inventado

## Aspecto social

- Evidências de que a autolesão é **socialmente motivada**
- Pessoas que têm comportamento autolesivo estão mais propensas a **se relacionar com outras com comportamento igual** do que com aquelas que nunca se autolesionaram
- **Mais de 18% de adolescentes e adultos jovens reportaram fazer episódios de autolesão na presença de outros, ou iniciaram o comportamento após saberem de episódios de conhecidos.**

# Manejo

## Evitar:

- Ficar chocado ou muito emocionado
- Dizer que você está ocupado ou fazer o problema parecer trivial
- Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem
- Fazer perguntas indiscretas
- Emitir julgamentos (certo x errado), tentar doutrinar

## Manejo

O que posso fazer diante do indivíduo com comportamento autolesivo?

- Converse de forma calma, receptiva e interessada  
***“Na dúvida, pergunte. Na certeza, duvide.”***
- Ouça para buscar entender o que o leva a se comportar assim
- Busque literatura sobre o comportamento autolesivo e ideação suicida
- Cuidados em rede (família, escola, Conselho Tutelar, RAPS, etc)

# Suicídio

Ideação / tentativa / suicídio consumado

## Contexto

### Impacto global



**703.000** mortes por ano

Prevalência de **1,3%** de todas as causas de morte

77% dos suicídios: países subdesenvolvidos

### Brasil

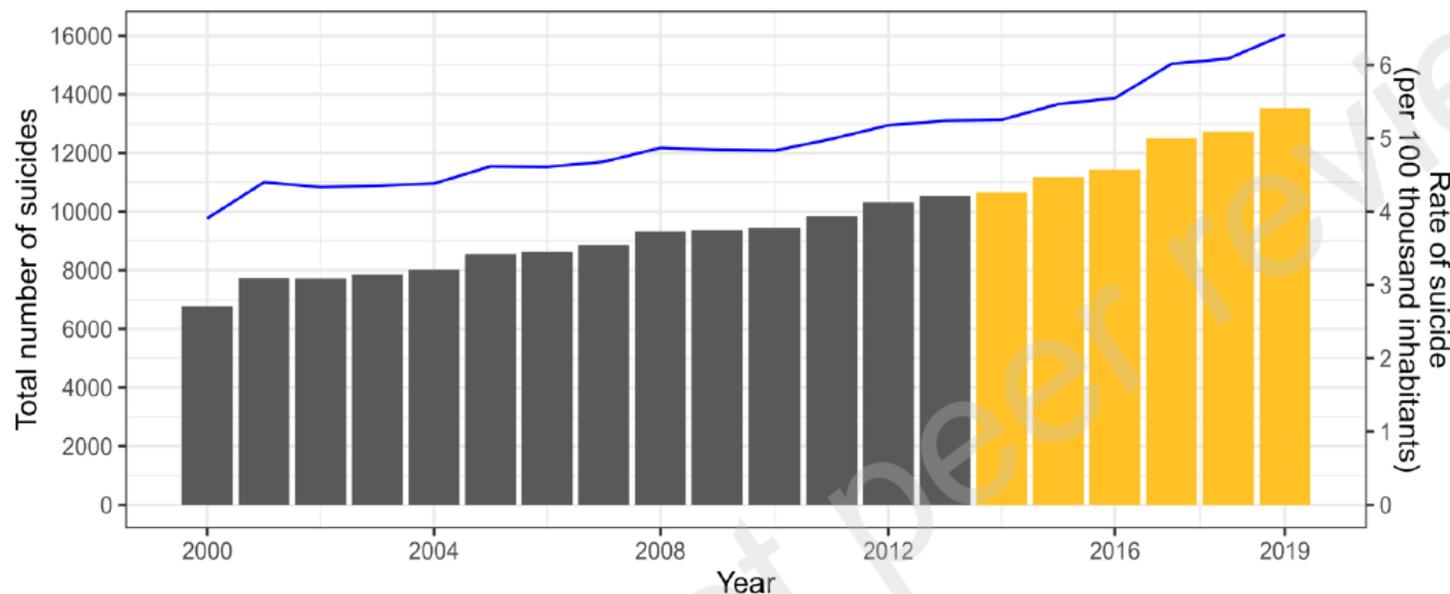


**Aumento nas taxas**  
entre 2000 - 2019

**Contraste** com a  
tendência de queda  
global

# Contexto

Figure 1. Trends in Suicides in Brazil from 2000 to 2019



\*Excluindo anos de 2020 a 2023 - pandemia

**Aumento no número absoluto de mortes por suicídio entre 2000 e 2019**  
(representa aumento de 57% em taxas relativas)

## Contexto

**Lembrar da multifatoriedade que leva ao suicídio:**

**Contexto cultural**

**Transtornos mentais**

**Questões socioeconômicas**

**Faixa etária e comportamento relacionado**

*(ex. adolescentes e o universo da virtualidade, homens de meia idade solitários e que abusam de substâncias, idosos em isolamento social)*

# Contexto

COMPORTAMENTO SUICIDA  
AO LONGO DA VIDA



**FIGURA 16.1** Prevalência de comportamento suicida na região urbana de Campinas (SP).  
Fonte: Com base em Botega e colaboradores.<sup>20</sup>

## Contexto

### “Psychache” - dor psíquica

Edwin Shneidman

“Dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída”

**Desespero** - principal estado afetivo que diferencia o suicídio efetivado

## Contexto

Desespero e desesperança -> necessidade de um alívio rápido: a cessação da consciência para interromper a dor psíquica

1. De início, a **ideia de se matar parece alheia e perigosa**, causando **ansiedade**
2. Aos poucos ela pode adquirir **estrutura autônoma e tranquilizadora** (alívio de tensão) e passa a ser tolerada e bem-vinda (**egossintônica**)
3. A situação agrava-se dramaticamente quando a pessoa tem **pouca flexibilidade para enfrentar adversidades** e propensão à **impulsividade**

## Crenças errôneas

1. *“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso”*
2. *“Ele está ameaçando o suicídio apenas para manipular”*
3. *“Quem quer se matar se mata mesmo”*
4. *“No lugar dele, eu também me mataria”*
5. *“Veja se, da próxima vez, você se mata mesmo!”*
6. *“Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta”*

# Avaliação do risco

- 1. O que está acontecendo?**
  - Eventos precipitantes
  - Estressores agudos e crônicos
- 2. Estado mental atual**
  - Afetos intensos
  - Constricção cognitiva
- 3. Intencionalidade suicida**
  - Ideia
  - Plano
- 4. Principais fatores de risco e de proteção**
  - Transtornos mentais
  - Tentativa de suicídio pregressa
  - História
  - Personalidade
- 5. Formulação do risco de suicídio**
  - Registro
  - Comunicação



## Perguntando...

- 1 - Iniciar por perguntas amplas que se afinam, sendo a primeira em geral se o paciente tem ideia ou desejo de tirar a própria vida
- 2 - Este pensamento assusta? O paciente consegue mudar o foco? Ou são pensamentos que insistem? O paciente já se acostumou?
- 3 - Se já foi para a internet, pesquisou sites, falou com outras pessoas
- 4 - Se já escreveu cartas, escolheu método, tomou providências

**NECESSIDADE NÃO É CURIOSIDADE**

## Perguntando...

Avaliação de risco não é previsão de suicídio, mas sim, uma ferramenta para orientar a melhor conduta para cada caso

Observar casos em que há uma “ocultação” de sintomas:

- Evidência de quadro psicótico
- Evita contato visual durante a entrevista
- Incapacidade de estabelecer um contato empático
- Paciente aparenta raiva ou distanciamento emocional
- Relutância em responder questões sobre ideação suicida
- Respostas do tipo “eu não sei”, “sei lá”, etc.

## Perguntando...

### Outros momentos críticos:

- **Aparente “calma” em meio à tempestade:** desconfiar das falsas melhoras, especialmente quando situações de crise ainda continuam sem solução ou foram temporariamente apaziguadas pela internação hospitalar
- **Início da recuperação de uma depressão:** volta a ter iniciativa e aumento de energia; adolescentes

# Avaliação

## BAIXO

Nunca tentou o suicídio

Ideias de suicídio  
são passageiras e  
perturbadoras

Não planeja  
como se matar

Transtorno mental, se  
presente, com sintomas  
bem controlados

Boa adesão ao tratamento

Tem vida e apoio sociais

## MODERADO

Tentativa de suicídio prévia

Depressão ou transtorno bipolar

Ideias persistentes de suicídio,  
vistas como solução

Não tem um plano  
de como se matar

Não é uma pessoa impulsiva

Não abusa/depende de  
álcool ou drogas

Conta com apoio social

## ALTO

Tentativa de suicídio prévia

Depressão grave, influência  
de delírio ou alucinação

Abuso/dependência de álcool

Desespero, tormento psíquico  
intolerável, não vê saída

Plano definido de se matar

Tem meios de como fazê-lo

Já tomou providências  
para o ato suicida

## Manejo

Nossa atuação é de **prevenção** e, se necessário, de **pósvenção** (com a comunidade, escola, familiares, etc.); não de **PREVISÃO**

Risco de suicídio em geral é INSTÁVEL

- Acontece em quadros que carregam a instabilidade como característica (ex.: TAB em episódio misto, depressão agitada, Transtorno de Personalidade Borderline, psicose)
- Lembrar de fazer avaliação seriada, investir na vinculação, ver a consulta como um momento possível para trocas com o paciente, incluir família no cuidado

## Manejo

Rede se constrói em torno de um caso que ganha nome, que ganha vínculo, e em torno deste os profissionais se motivam, se mobilizam

Isoladamente pouco se pode fazer -> estabelecer microrredes de proteção

Encaminhamento ao CAPS -> paciente e familiares seguem sendo parte do território; atuação conjunta para maximizar cuidados

## Outras questões

- Uso de telas e redes sociais
- Menores desacompanhados nos serviços de saúde
- Uso de drogas na adolescência
- Gestação na adolescência

## Sugestões - podcasts

- Falando nisso, de Christian Dunker (ep. 080 - Automutilação na adolescência)
- PQU Podcast #040 - PQU entrevista Neury Botega
- O Assunto, de Netuza Nery (Saúde Mental de adolescentes: riscos e ajuda)

## Referências

1. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva); <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acessado em 01/09/2023
2. Cronemberger, G.L.; da Silva, R.M. Autolesão não suicida em mulheres jovens: compreensão dos significados envolvidos no ato autolesivo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, ed 33, 2023.
3. Crise suicida : avaliação e manejo [recurso eletrônico] / Neury José Botega. – Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB
4. Damiano, R.F. et al. Associations between a Brazilian suicide awareness campaign and suicide trends from 2000 to 2019: Joinpoint and regression discontinuity analysis. *Journal of Affective Disorders* 365 (2024) 459–465.

## Referências

5. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência [recurso eletrônico] / Organizador, Neury José Botega. – 4. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017. e-PUB
6. Manual Rede de Atendimento- Orientação para as Escolas Estaduais de Mato Grosso do Sul. [Recurso eletrônico] / Organizadores, Paola Nogueira Lopes, Bruna Camila de Oliveira, Valquíria Rédua da Silva. 2. Ed. --. Campo Grande, MS: Secretaria de Estado de Educação do Mato Grosso do Sul – SED/MS, 2019.
7. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DVE/CEVS 07-2023\* SUICÍDIO E LESÃO AUTOPROVOCADA. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2023.

# Comportamentos autolesivos na adolescência

Bianca Lorenzi Negretto