



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico de Adolescência
(2016 - 2018)

Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretário: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth Bagatin Veleda Bermudez; Elizabeth Cordeiro Fernandes; Halley Ferraro Oliveira; Lilian Day Hagel; Patrícia Regina Guimarães; Tamara Beres Lederer Goldberg

Colaboradores: Gustavo Iglesias de Azevedo, Vânia Oliveira de Carvalho (DC de Dermatologia), Rackel Eleutério Martins (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 autoagressivos 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 autoagressividade 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: autolesão com pretensão final de suicídio e autolesão 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.

Características Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de mecanismos de adaptação; - Pessimismo; - Insegurança; - Distorção da imagem corporal; - Baixa autoestima; - Instabilidade emocional; - Impulsividade; - Autodepreciação.
Transtornos Psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Transtorno de personalidade limítrofe; - Transtornos alimentares; - Ansiedade; - Depressão; - Transtorno de uso de substâncias e outros transtornos.
Problemas relacionados à Infância	<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
Social	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bullying e cyberbullying</i>; - Colegas e conhecidos que se auto agredem; - Informações sobre autolesão pela mídia no mundo digital; - Dificuldade de relacionamento; - Isolamento.
Família	<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 autocuidado. 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 autolesão, 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 consequentemente 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 estiletes, 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 on-line; - 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 autolesivo.^{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 nexo causal 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 hiperocrômicas 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 hiperocrômicas 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 hiperocrômicas 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 substituí-**

da 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 formula 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 Hum Soc Alagoas*. 2018;4(3) 147-160.
- 3- Santos LCS, Faro A. Theoretical aspects of self-injurious behavior: A theory revision. *Psicol Pesq*. 2018;12(1):1-10.
- 4- Clayton PJ. Autolesão não suicida (ALNS) disponível em <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/comportamento-suicida-e-autolesão/autolesão-não-suicida-als> Acessado em março de 2019.
- 5- Silva AC, Botti NCL. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Rev Port Enferm Saúde Ment*. 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 em março de 2019.
- 7- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014
- 8- Jorge JC, Queirós O, Sariava J. Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *An Psicol*. 2015;2(XXXIII):207-219.
- 9- Plener PL, Allroggen M, Kapusta ND, Brähler E, Fegert JM, Groschwitz RC. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*. 2016;16:353.
- 10- Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review *Front Psychol*. 2017;8:1946.
- 11- Bilgiç A, Yilmaz S, Hergüner S. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatr Danub*. 2017;29(4):473-479.
- 12- Tostes GW, Assis NDP, Vaisberg TMJA, Corbett E. Dor cortante: sofrimento emocional de meninas adolescentes *Contextos Clínicos*, 2018;11:2.
- 13- da Fonseca NPH, Silva CA, de Araújo LMC, Botti NCL. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq Bras Psicol*. 2017;70(3):246-258.
- 14- Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study. *Pers Theo Res Treat*. 2011; 3(2):167-175.
- 15- Kerr PL, Muehlenkamp J. Features of Psychopathology in Self-Injuring Female College Students. *J Ment Health Couns*. 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. Tumblr and self-destructive practices: the epidemic character of self-harm. *Psic. Rev. São Paulo*. 2016;25(2):265-288.
- 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_MD1_SA13_ID866_21052018213557.pdf. Acesso em março de 2019.
- 20- Favazza AR. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. 2016;117(6):2283-2284.
- 21- Harris IM, Roberts LM. Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an Internet-based study. *J Med Inter Res*. 2013;15(12):1-9.
- 22- Silva MFA, Siqueira AC. O perfil de adolescentes com comportamentos de autolesão identificados nas escolas estaduais em Rolim de Moura – RO. *Revista FAROL* . 2017;3(3):2-15.
- 23- Henriques RLSP A automutilação nas políticas públicas de saúde mental: um olhar através do biopoder e sociedade disciplinar foucaultiana. *Pretextos - Rev Grad Psicol PUC Minas*.

2018;3(6):10-15.

- 24- Giusti JS. (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. *Curr Opin Pediatr.* 2006;18:403-409.
- 29- A Teenager Was Left With Second-Degree Burns After Taking Part in 'The Deodorant Challenge'. Disponível em <http://time.com/5270672/deodorant-challenge-trend-burns-warning/> Acesso em marco de 2019.

SUGESTÃO PARA CONSULTA BIBLIOGRÁFICA

- 1- Instituto Dimicuida www.institutodimicuida.org.br



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoinoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Análiria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte: Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste: Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste: Luciano Amedéu Péret Filho (MG)

Sul: Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste: Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:

Ricardo do Rêgo Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:

Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

Oftalmologia Pediátrica

Coordenador:

Fábio Eizenbaum (SP)

Membros:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luisa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziano (SP)

Celia Regina Nakanami (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano (BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Coordenadores:

Nilza Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Fábio Pessoa (GO)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzi Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedéu Peret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nélson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Mário Santoro Júnior (SP)

Vice-presidente:

Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Secretário Geral:

Jefferson Pedro Piva (RS)