

## Caso Clínico: Cutting

- O objetivo deste caso clínico é trazer para o Pediatra e o Hebiatra uma importante reflexão sobre um tema muito frequente, muito grave, e que tem aumentado muito nos últimos tempos: a autolesão ou automutilação não suicida, principalmente em relação ao cutting (“se cortar”). O objetivo é descrever um caso clínico hipotético, porém, com nuances muito comuns na prática clínica. E tem a finalidade também de não discutir um diagnóstico, mas, situações que costumemente estão associadas à entidade clínica do cutting.
- **Identificação:** A.V.M., 14 anos, sexo feminino, branca, estudante do nono ano do ensino fundamental. Data: 23/04/2015
- **Queixa principal:** Isolamento, irritação e diminuição de apetite

**História da doença atual (abordagem com a família):** há aproximadamente 6 meses vem apresentando quadro de isolamento, inicialmente familiar e posteriormente social, com choros constantes, irritabilidade, agressividade quando frustrada, recusa em se alimentar, com evidente perda de peso, sonolência excessiva e piora importante do desempenho acadêmico.

Há aproximadamente 2 meses está se cortando, principalmente nos punhos e braços, com estilete e cacos de vidros. Apresenta dificuldades escolares crescentes desde o início da escolarização, com muitas queixas de desatenção, dificuldade na memorização, na interação social (“sempre muito tímida e retraída”) e dificuldade na alfabetização.

No sexto ano do ensino fundamental foi aventado diagnóstico de TDAH por uma psicóloga por meio de testagem neuropsicológica, quando realizou intervenção psicopedagógica por 1 ano sem uso de medicação. A mãe nega alteração de comportamento nos demais ambientes antes do início da adolescência (SIC MÃE). Iniciou psicoterapia desde o início do quadro acima, com abordagem psicanalítica.

Foi avaliada recentemente pela psicóloga da escola e encaminhada para avaliação com a suspeita de Anorexia Nervosa (SIC) e Depressão.

- **História da doença atual (abordagem com a adolescente):** a adolescente reforça os dados acima e relata ser deprimida. “Sempre fui renegada, não consigo ter amigos e amigas, me acho feia, gorda, chata e sempre tive dificuldade na escola. Não aprendo, não lembro o que estudo, fico só no meu canto. Já sofri muito bullying na escola devido a minha dentição e na família com o meus tios e primos, que me denomina de Pati – Patinho Feio. Preciso morrer, mas não tenho coragem de me matar. Minha vida não tem sentido. Comecei há dois

meses a me cortar, me alivia, me tira a vontade de morrer naquele momento, mas o pensamento de morte sempre volta. Me corto com cacos de vidro e lâmina de estilete. Comecei cortando o meu punho, depois o meu braço, minha perna, minha coxa e, por último, tenho me cortado na nuca. Nunca mostrei para ninguém. Sempre uso roupas longas e minha mãe só descobriu porque entrou no meu quarto sem avisar. Não suporto minha família, detesto o meu tio. Toda vez que o vejo ou lembro dele tenho vontade de me cortar. Meus pais nunca fizeram nada, pois dependem exclusivamente do meu tio e do meu avô".

- Sono noturno sem alterações, porém, tem tido grande necessidade de sono vespertino, "atualmente durmo o dia todo". Nega associação direta da privação alimentar com pensamento ou medo específico de engordar: "não como por não ter fome, não gosto do meu corpo, me acho gorda, mas, não fico na frente do espelho me vendo, nem gosto disto" e nega comportamentos purgativos ou indução de vômitos.
- Nega elação do humor, grandiosidade, períodos de pensamentos acelerados ou agitação extrema. Os episódios de agressividades são reacionais, não há comportamentos sugestivos de hipersexualidade e diminuição ou privação de sono no período. Nega: alucinações visuais e auditivas, abuso físico ou sexual, uso de álcool, tabaco, drogas e de medicamentos psicotrópicos.
- **História patológica progressa:** sem alterações dignas de nota, menarca aos 12 anos.
- **Gestação e parto:** segunda de uma prole de dois, sem complicações na gestação, parto cesáreo a termo, sem intercorrências.
- **Desenvolvimento neuropsicomotor:** adequado.
- **História familiar:** relato de vários casos de Transtorno do Humor, com Depressão (na família paterna), sem história de suicídio e sem relato de diagnóstico de Transtorno Bipolar. Casos de primos maternos de primeiro grau com TDAH e Dislexia.
- **Contexto familiar:** pais permissivos, passam pouco tempo em casa, pouca rotina e regras de convivência familiar. Os pais são funcionários públicos, ambiente ansioso, com muitas discussões sobre questões financeiras, de muita cobrança com resultados acadêmicos e bom vínculo afetivo da adolescente com o irmão.
- **Exame físico geral:** hidratada, emagrecida, hipocorada (1+/4+), perfusão periférica adequada. Peso = 38kg (P10-25), Est.= 157cm (P50), PA = 100x70mmhg e FC = 80bpm. Vários sinais de lesões cicatriciais em antebraços, braços, terço distal de pernas e algumas maiores e mais profundas em região proximal de coxas, algumas bem recentes e duas cicatrizes menores em região cervical posterior.

- **Exame psíquico:** lúcida e orientada, vestes compostas, pouco contato na presença dos pais, porém, com melhor contato e fala na ausência dos mesmos, humor polarizado para depressão, afeto pouco modulado, pensamento mais lentificado, porém, ruminativo e com conteúdo negativo/catastrófico, com falsas crenças e sofrimento antecipatório. Inteligência aparentemente preservada, memória conservada, dispersa durante a entrevista, personalidade autocrítica importante, sentimento de menos valia e anedonia muito evidentes. Orientação sexual até o presente momento vinculada à heterossexualidade.
- Como vimos no presente caso clínico, o sofrimento, a depressão, um TDAH não tratado, a tentativa de alívio e a dificuldade de lidar com todos estes agentes estressores associados a um pobre apoio ambiental e familiar foram, sem dúvida alguma, as principais motivações para o início da autolesão e a frequência da mesma.

O cutting não é um diagnóstico psiquiátrico, mas uma entidade clínica que se encontra dentro do Transtorno de Autolesão Não Suicida (DSM-5), juntamente com os comportamentos de se queimar, fincar, bater e esfregar excessivamente uma parte do corpo ou interferir em sua cicatrização.

No Brasil não temos estudos de prevalência, mas estudos no mundo mostram que cerca de 20% da população pediátrica (mais raramente) e adolescência terão algum comportamento de autolesão não suicida, concentrado principalmente dos 14 aos 17 anos, porém com casos descritos de início aos 6 anos de idade. Estima-se que cerca de 500.000 pacientes são hospitalizados anualmente vítimas de lesões secundárias a este comportamento. Se trata de um caso importante de saúde pública, tanto pelos riscos e sequelas das cicatrizes, do maior risco de suicídio, de uso e abuso de drogas, quanto pelo fato de vários adolescentes se cortarem juntos, usando o mesmo objeto ou lâmina, trazendo um risco de infecções por HIV, hepatite B, hepatite C entre outros.

Quando um adolescente decide se cortar, na maioria da vezes é indicativo de questões muito mais profundas, com graves dificuldades emocionais enraizadas em sua vida familiar, social e acadêmica e veem no ato de se cortar um mecanismo de enfrentamento e principalmente de alívio. Ou seja, existe um binômio entre angústia e alívio, que proporciona um comportamento repetitivo e compulsivo na grande maioria dos casos.

Quadros psiquiátricos são frequentemente associados ao cutting e este por sua vez tem predominância maior no sexo feminino: cerca de 20% dos adolescentes deprimidos e 15% dos ansiosos se cortam. Casos como transtorno de conduta, transtorno de personalidade borderline, transtorno bipolar, transtorno alimentar, transtorno de ajustamento e TDAH são os mais frequentemente associados.

Um estudo da Universidade de Oxford revelou que os adolescentes que se cortam tem 3 vezes mais probabilidade de morrer precocemente e apresentam um risco maior de suicídio.

Geralmente o adolescente se corta sozinho, em 80% dos casos, principalmente em casa e no quarto ou banheiro. Os amigos sabem mais dos seus cortes que a própria família e muitas vezes se cortam juntos, seja por comportamento aprendido, uma espécie de coleguismo, repetindo o ato, ou em outras vezes para mostrar algum tipo de resposta nas redes sociais, postando os cortes em blogs, vídeos, comunidades. Há casos em que personagens “teens”, como artistas famosos, se cortem e postem seus cortes na internet e estes adolescentes copiam este comportamento e muitas vezes se cortam em grupo.

A superfície corporal mais usada é o antebraço, em cerca de 70% dos casos, sabe-se que quanto maior a frequência e a profundidade, maior o risco. Bem como cortes em áreas mais nobres como abdome, região cervical e áreas mais escondidas também refletem este fator de risco.

A maioria dos adolescentes tentam esconder ao máximo os seus cortes e muitas vezes começam a usar roupas de mangas longas ou evitam se esporem em situações que possam mostrá-los, ficando uma importante dica para vigilância por parte dos médicos e responsáveis nestes casos.

Uma melhor vigilância do comportamento, tendo uma maior atenção a mudanças de hábitos, sinais de isolamento, alterações no humor e irritabilidade, sentimentos de fuga, de menos valia, de apatia e perda de rendimento acadêmico são sinais de que este adolescente possa estar passando por situações de estresse em níveis altos o suficiente para aumentar o risco de automutilação.

Portanto, o pediatra deve estar alerta para estas situações e nunca deve banalizar os sinais e sintomas descritos: a prevenção é a principal forma de proteção.

- **Sugestões de referências pesquisadas:**
- **Bennardi M. et.al: Risk of repeated self-harm and associated factors in children adolescents and young adults. BMC Psychiatry. 2016 Nov 24.**
- **Gatta M. et al: Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. Neuropsychiatry Dis Treat. 2016 Sep 12.**
- **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014.**

- ▶ **Lee et al: Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. J. Korean,2012.**
- ▶ **Hawton et al: Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet 2012.**
- ▶ **C. Morey: The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. BMC public health 2008.**
- ▶ **Royal College Psychiatry: Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in England. British Journal of Psychiatry,2010.**
- ▶ **<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2016/automutilacao-afeta-20-dos-jovens-brasileiros.html>.**