



AUTOLESÃO E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Autolesão não suicida, abordagem e TPB no adolescente

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Autolesão Não Suicida (ALNS): Conceito e

Contexto A autoagressão, tecnicamente denominada Autolesão Não Suicida (ALNS), é um fenômeno complexo na adolescência, frequentemente utilizado como mecanismo de enfrentamento para lidar com uma dor emocional que o jovem não consegue verbalizar ou processar.

Na prática clínica pediátrica, é fundamental diferenciar a ALNS de tentativas de suicídio, embora ambas exijam intervenção imediata, pois a autolesão é um forte preditor de risco futuro.

1.1 Principais Distúrbios e Fatores Etiológicos

Transtornos e condições clínicas que mais frequentemente se associam à autoagressão em adolescentes:

- Transtorno de Personalidade Borderline (TPB): Associação mais clássica. Instabilidade emocional acentuada, impulsividade e medo do abandono. O corte funciona como "válvula de escape" para a desregulação afetiva.
- Transtornos Depressivos: Adolescentes com depressão maior podem recorrer à autoagressão como punição ou para substituir um "vazio emocional" por dor física tangível.
- Transtornos de Ansiedade: Crises de pânico ou ansiedade generalizada severa podem levar ao ato como tentativa de interromper pensamentos intrusivos.
- TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) Comum em adolescentes vítimas de abuso físico, sexual ou violência. A autolesão pode ser usada como regulação emocional do trauma.
- Transtornos Alimentares: Alta comorbidade — o comportamento de corte compartilha a mesma base de ódio ao corpo e necessidade de controle rigoroso.

1.2 Psicodinâmica do Ato: "Por que cortar?"

- Regulação Afetiva: Angústia insuportável; o corte libera endorfinas gerando alívio químico imediato, embora temporário.
- Materialização da Dor: Transformar dor psicológica invisível em ferida visível que pode ser cuidada.
- Comunicação Interpessoal: Em alguns casos, pedido silencioso de ajuda ou forma de expressar raiva quando a fala está bloqueada.

1.3 Sinais de Alerta no Exame Físico

Observação Clínica: Atente-se para cicatrizes em estágios diferentes de cicatrização (recorrência) e uso de roupas inadequadas para o clima (mangas longas no calor).



Critério Característica

Localização Comum Antebraços, face anterior das coxas e abdômen.

Lâminas de barbear, apontadores, estiletes ou

Instrumentos

unhas.

Frequentemente associado ao Cyberbullying e

Comorbidade Social

isolamento social.

2. Abordagem Clínica e Conduta

O foco deve ser a despatologização do adolescente e a acolhida da dor, sem julgamentos moralistas. O objetivo é transformar o comportamento impulsivo em comunicação verbal.

2.1 Abordagem com o Adolescente (Privacidade Obrigatória)

- Abertura não invasiva: "Percebi algumas marcas no seu braço. Muitos jovens que passam por momentos de muita pressão acabam descontando no próprio corpo. Isso acontece com você?"
- Investigação da função: "O que você sente logo antes de se cortar? E o que sente depois?" — identifica se a função é alívio de ansiedade, autopunição ou anestesia emocional.
- Avaliação de risco: Diferenciar autolesão (vontade de viver) de ideação suicida (vontade de interromper a vida). Pergunte diretamente: "Você tem pensamentos sobre não querer mais estar aqui?"

2.2 Orientações Práticas para os Pais

1. Contenção Emocional — Imediato

Oriente os pais a não punir, gritar ou revistar o jovem. A abordagem deve ser: "Eu vi suas marcas e estou aqui com você. Vamos buscar ajuda juntos". O foco é o afeto, não a vigilância.

2. Segurança Ambiental — Redução de Danos

Sugerir que objetos cortantes óbvios fiquem em locais menos acessíveis, sem transformar a casa em prisão nem proibições agressivas.

3. Estratégias de Regulação Emocional Baseadas em Evidências

Oriente os pais e o adolescente — preferencialmente com supervisão do psicólogo — sobre as habilidades de tolerância ao mal-estar da DBT:

- Habilidade TIPP: Temperatura (rosto em água fria — reflexo de mergulho), exercício Intenso breve, Respiração compassada (expiração prolongada) e Relaxamento muscular progressivo.
- Distração estruturada (ACCEPTS): Atividades prazerosas, Contribuição social, Comparação construtiva, emoções opostas, Afastamento temporário, Pensamentos substitutos e Sensações físicas seguras.
- Auto-calma sensorial: Envolver os cinco sentidos de forma prazerosa e segura — música favorita, aromas agradáveis, textura de objeto reconfortante — sem estímulos dolorosos.



Atenção: Técnicas que utilizam dor física (gelo prolongado, elásticos no pulso) não devem ser ensinadas por não-especialistas, pois podem reforçar a autoagressão como mecanismo de regulação emocional.

4. Encaminhamento Especializado — Multiprofissional

Acompanhamento conjunto: Pediatra (clínico) + Psicólogo (DBT — padrão-ouro) + Psiquiatra Infantil.

2.3 Notificação Compulsória

A autolesão em adolescentes configura violência autoprovocada e é de notificação compulsória ao SINAN, conforme a Portaria GM/MS nº 204/2016 e o ECA (Lei nº 8.069/1990). A notificação não depende de consentimento familiar.

Situação Conduta Obrigatória
Notificação ao SINAN (ficha de violência
Cicatrizes confirmadas de autolesão
autoprovocada)

Suspeita de abuso associado Notificação ao Conselho Tutelar e ao SINAN
Encaminhamento imediato à emergência
Ferimentos graves ou plano suicida
psiquiátrica

2.4 Red Flags para Internação ou Emergência

Atenção: Ferimentos profundos que exijam sutura, recusa em garantir a própria segurança ou plano suicida estruturado exigem encaminhamento imediato ao pronto-atendimento psiquiátrico.

O que os pais devem observar Conduta Recomendada

Isolamento extremo Tentar atividades conjuntas sem pressão por fala. Picos de agressividade
Afastar objetos perigosos e manter a calma. Melhora súbita inexplicável Alerta: pode indicar
decisão de ato grave.

3. Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) — denominado na CID-11 como Transtorno de Personalidade com Proeminente Desregulação Emocional

(6D11.5) — é um padrão de desregulação emocional persistente que geralmente se manifesta no final da adolescência e início da idade adulta.

O diagnóstico em menores de 18 anos é aceito pelo DSM-5-TR quando os sintomas são graves e persistem por mais de um ano. A CID-11 não impõe restrição etária, mas exige avaliação longitudinal da personalidade.

3.1 Os 3 Pilares do TPB

- Instabilidade Afetiva: Humor intensamente reativo — da euforia ao desespero em horas (diferente do Bipolar, onde as fases duram dias/semanas).



- **Desregulação Comportamental:** Impulsividade autodestrutiva (gastos excessivos, substâncias, compulsão alimentar e, centralmente, a autolesão).
- **Disfunção Interpessoal:** Relacionamentos em "Amor ou Ódio" (idealização/desvalorização). Medo frenético de abandono, real ou imaginário.

3.2 Critérios Diagnósticos (DSM-5-TR)

Para o diagnóstico pelo DSM-5-TR, são necessários ao menos 5 dos 9 critérios:

Critério Manifestação no Adolescente

Crises de pânico ou raiva se um amigo demora a

Esforços contra abandono

responder uma mensagem.

Amizades intensas que terminam em brigas

Relacionamentos instáveis

catastróficas.

Mudanças drásticas frequentes de estilo, metas e

Perturbação da identidade

valores.

Comportamentos de risco sem medir

Impulsividade

consequências.

Autoagressão/Suicídio Cortes, queimaduras ou ameaças recorrentes.

Instabilidade emocional Disforia episódica e irritabilidade intensa.

Vazio crônico Queixa persistente de tédio ou falta de propósito.

Dificuldade em controlar o temperamento; brigas

Raiva inapropriada

físicas.

Desconfiança ou sintomas dissociativos sob

Ideação paranoide

estresse severo.

Nota CID-11: Na classificação da OMS, o diagnóstico requer: (1) perturbação grave da personalidade; (2) especificador 'Desregulação Emocional Proeminente' (6D11.5); e (3) avaliação de severidade (leve, moderada ou grave).

3.3 Diagnóstico Diferencial

- **Transtorno Bipolar:** No TPB, a mudança de humor é desencadeada por eventos externos. No Bipolar, as fases são autônomas e duram dias/semanas.
- **TDAH:** Compartilham impulsividade, mas o TPB foca na instabilidade emocional e nos relacionamentos; o TDAH foca em atenção e funções executivas.
- **TOD:** O Transtorno de Oposição Desafiante foca na autoridade; o TPB foca na dor emocional e na identidade.

3.4 Tratamento e Prognóstico

O TPB tem bom prognóstico se tratado precocemente.



Pilar Descrição da Conduta Evidência

DBT (Terapia Dialética Comportamental) –
Psicoterapia (Padrão-Ouro) tolerância ao mal-estar e regulação emocional sem Nível autolesão.

Não é curativa. ISRS para depressão comórbida;
Farmacoterapia Lamotrigina ou Topiramato para impulsividade. Nível B
Nunca como tratamento isolado.

Treinamento de pais em validação emocional para
Ambiente Familiar Nível A
reduzir invalidação – principal gatilho de crises.

Ponto de Atenção: O paciente Borderline não é "manipulador" por maldade; ele está usando as ferramentas que possui para sobreviver a uma dor emocional que sente como queimadura de terceiro grau em toda a pele.

4. Caso Clínico: O "Vazio" de Mariana

Este caso foi estruturado para estimular o raciocínio clínico de internos e residentes, focando na diferenciação entre a "crise da adolescência" e a psicopatologia estruturada.

4.1 Identificação

M.L.S., 15 anos, sexo feminino, estudante, acompanhada pela mãe.

4.2 Queixa Principal

"Cortes nos braços e crises de choro há 6 meses."

4.3 História da Moléstia Atual (HMA)

A mãe relata que Mariana sempre foi uma criança "sensível", mas que há cerca de um ano as oscilações de humor tornaram-se extremas. A paciente apresenta episódios de raiva intensa por motivos fúteis (ex: a mãe não poder levá-la ao shopping), seguidos por períodos de profundo abatimento e choro.

Há 6 meses, a mãe descobriu cicatrizes lineares nos antebraços e coxas da filha. Mariana admitiu o uso de lâminas de apontador, justificando que "a dor física faz a dor de dentro parar".

Antecedentes Recentes

- Relacionamentos: Rompimento com namorado de 3 meses. Mariana tentou ligar 50 vezes para ele em uma única noite e postou que "a vida não fazia mais sentido".
- Identidade: Mudou radicalmente o estilo de vestir três vezes, trocou de grupo de amigos e abandonou o curso de desenho que era seu "sonho de vida".
- Sono/Apetite: Queixa-se de "tédio insuportável" e vazio, levando a episódios de compulsão alimentar noturna.

4.4 Exame Físico e Psíquico

- Ectoscopia: Bom estado geral, higiene preservada. Usa blusa de moletom com 30°C de calor.
- Pele: Múltiplas cicatrizes lineares em diferentes estágios de cicatrização (hiperemiadas e acrômicas) em face anterior do antebraço esquerdo.



- **Psiquismo:** Vigíl, orientada. Afeto instável (choro ao falar do ex; raiva ao mencionar a mãe). Pensamento focado em rejeição e abandono. Sem delírios ou alucinações. Nega plano suicida estruturado: "não quero morrer, só quero que essa angústia pare".

4.5 Questões para Discussão

1. Diagnóstico Síndrômico e Diferencial: Quais critérios do DSM-5-TR Mariana preenche? Como diferenciar de Depressão Maior ou Transtorno Bipolar Tipo II?
2. Psicodinâmica da Autolesão: Analise a frase "A dor física faz a dor de dentro parar". Qual a função neurobiológica e psicológica? Como abordar a ferida no exame sem causar invalidação?
3. Fatores de Risco e Prognóstico: Em que ponto as mudanças de identidade deixam de ser normativas? O diagnóstico de TPB pode ser fechado antes dos 18 anos?

4. Conduta Terapêutica: Quais os pilares do tratamento? Há indicação de

farmacoterapia? Qual a psicoterapia com maior evidência? Como orientar a família?

5. Obrigação Legal: Como proceder com a notificação compulsória neste caso? Quais os instrumentos legais? A família precisa consentir?

5. Gabarito Comentado: O "Vazio" de Mariana

Gabarito estruturado com base no DSM-5-TR (APA), CID-11 (OMS) e diretrizes da SBP.

5.1 Diagnóstico Síndrômico e Diferencial

Mariana preenche 6 dos 9 critérios do DSM-5-TR para TPB:

- Esforços contra abandono: As 50 ligações para o ex-namorado.
- Relacionamentos instáveis: Oscilação entre idealização e desvalorização.
- Perturbação da identidade: Mudanças drásticas de estilo, grupos e metas de vida.
- Impulsividade: Episódios de compulsão alimentar noturna.
- Automutilação recorrente: Cortes com lâmina de apontador.
- Vazio crônico: Queixa direta de "tédio insuportável".

Diferenciação Crítica

- Depressão Maior: Humor persistentemente baixo. No TPB, o humor é reativo — melhora quando algo bom acontece e despenca com a rejeição.
- Transtorno Bipolar: Fases de mania/hipomania duram dias/semanas e não costumam ser deflagradas por eventos interpessoais. No TPB, a virada é súbita e ligada a gatilhos sociais.

5.2 Psicodinâmica da Autolesão

- Neurobiologia: A lesão tecidual libera endorfinas e encefalinas, promovendo alívio temporário da angústia psíquica (teoria da cascata afetiva — Selby & Joiner, 2009).
- Abordagem no Exame Físico: Examinar com técnica asséptica e cuidado, sem choque ou sermões. A invalidação ("isso é para chamar atenção") aumenta o risco de novas lesões.



5.3 Diagnóstico em Menores de 18 Anos

- Crise vs. Patologia: A crise normativa não envolve autolesão, vazio crônico ou medo paranoide de abandono.
- Diagnóstico Precoce: DSM-5-TR permite o diagnóstico se sintomas persistirem por pelo menos 1 ano. A CID-11 exige avaliação longitudinal. A SBP reforça a importância de identificar traços precocemente.

5.4 Conduta Terapêutica

Pilar Descrição da Conduta Evidência

Psicoterapia (Padrão- DBT – habilidades de tolerância ao mal-estar e

Nível A

Ouro) regulação emocional.

ISRS para depressão comórbida; Lamotrigina ou

Farmacoterapia Nível B

Topiramato para impulsividade. Não é curativa.

Treinamento em validação emocional. Vigilância

Orientação Familiar Nível A

excessiva aumenta a ansiedade. Foco no diálogo.

SINAN (Portaria GM/MS nº 204/2016). Não requer

Notificação consentimento. Encaminhar ao serviço de proteção Obrigatório se houver suspeita de violência.

5.5 Take-home

O paciente com TPB possui "hipersensibilidade emocional". Eventos triviais para outros são processados como catástrofes. O tratamento visa aumentar a "pele emocional" desse paciente.

Nota da Teoria Biossocial: O caso permite discutir a Teoria Biossocial de Marsha Linehan (1993), que propõe que o TPB surge da interação entre vulnerabilidade biológica (reatividade emocional alta) e um ambiente invalidante. Essa teoria embasa toda a estrutura da DBT.

O caso de Mariana não termina com a prescrição, mas com o encaminhamento para uma rede de cuidados. O pediatra atua como gestor do caso, coordenando escola, psicólogo, psiquiatra e família.

6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: APA, 2022.
- World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11/CID-11). Genebra: WHO, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/>
- Linehan, M. M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press, 1993.
- Linehan, M. M. DBT Skills Training Manual, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2015.



- Selby, E. A.; Joiner, T. E. Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, v. 13, n. 3, p. 219–229, 2009.
- Klonsky, E. D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, v. 27, n. 2, p. 226–239, 2007.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Manual de Saúde Mental na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: SBP, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de

2016. Diário Oficial da União, 2016.

- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente — Lei nº 8.069/1990. Brasília: Presidência da República, 1990.
- Biskin, R. S. The lifetime course of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, v. 60, n. 7, p. 303–308, 2015.