

Automutilação: uma abordagem intersetorial da atenção primária junto a rede escolar

Nome do Aluno: André Rocha Costa Marques

Nome da Orientador(a): Afonso Luis Puig Pereira

Introdução

A automutilação (AM) é um comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo, de maneira não socialmente aceita dentro de sua própria cultura, e nem para exibição, sem intenção suicida (Giusti 2013); (ISSS, 2007). Inicialmente utilizado como uma maneira de enfrentamento de estressor, a AM pode tomar várias formas, como se cortar, se arranhar, se queimar ou até quebrar um osso. Uma revisão de literatura realizada por Giusti, 2013 evidencia que a prevalência de automutilação em adolescentes estudantes variou entre 5,1% e 45%. Withlock, 2010 afirma que até a AM se inicia a partir de 12e pode durar por até anos.

A importância de um protocolo se dá quando, implementado o programa saúde na escola, pode ajudar no enfrentamento dessa vulnerabilidade, sensibilizando professores e educadores, de maneira que possam intervir nessas situações, que outrora não saberiam como lidar, desenvolvendo uma ação articulada com a Atenção Básica, resultando em benefício para aluno e docentes.

Manejando este problema conseguiremos diminuir encaminhamentos para atenção especializada de saúde mental, que hoje está cada vez mais saturadas.

Objetivo

Geral: realizar o protocolo de AM: conscientização dos profissionais da escola, identificação do caso de AM, primeiro acolhimento, praticar escuta qualificada, encaminhar a UBS para tratamento físico das lesões, estratificar gravidade da AM e iniciar apoio no enfrentamento do comportamento.

Específico:

1. Sensibilizar e instruir os docentes do ensino fundamental e médio sobre como aplicar o protocolo e cuidar das lesões físicas dos alunos.
2. Selecionar profissionais para formar “uma equipe de crise” na escola, os quais serão referência para manejar casos de AM encaminhando ao serviço de Saúde Mental e/ou UBS quando necessário.

Método:

Local: Escola Estadual Dinorá Pereira, São José dos Campos, SP

Público alvo: Estudantes que praticam automutilação. Participantes: Profissionais da escola, da estratégia da saúde da família e NASF.

Ações:

1. Equipe de crise e pessoa referência: Uma equipe com diversos indivíduos, idealmente uma combinação de orientador educacional, professores, enfermeiro, médico e psicólogo do NASF. Formada a equipe, deve-se determinar uma pessoa referência vinculado à escola para servir de ligação entre o aluno, os pais e o colégio. Além disso a equipe de crise deve receber treinamento para reconhecer e realizar o acolhimento do estudantes praticando a AM e e saber dos efeitos de possíveis contágios . Devem também desenvolver estratégias de educar os demais funcionários da escola sobre a AM. As principais responsabilidades da equipe de crise/pessoa referência são:
 - Responder a qualquer suspeita de AM
 - Fazer a abordagem do aluno e direcionar para a equipe de saúde para cuidar das feridas
 - Garantir que seja feito uma triagem para um comportamento suicida, tanto em um primeiro momento quanto ao longo do tratamento

- Atuar como uma ligação entre o aluno, seus responsáveis, funcionários da escola, colegas e referências externas
- Estabelecer um relacionamento produtivo e de suporte com o aluno

2. Educação: Todo o corpo docente e funcionários da escola devem ser treinados em noções básicas de AM antes que o protocolo seja implementado. Os alunos não são incluídos nessa educação. A parte mais importante desse treinamento deve ser como identificar sinais e sintomas de AM, e saber sob quais condições a AM necessita de cuidados imediatos. Todos também devem ser orientados a como responder de maneira positiva no acolhimento desse aluno. Finalmente devem saber a quem reportar quando suspeitar de alguém praticando AM.

3. Identificação: Reconhecer os sinais e sintomas é importante para identificar um aluno que está praticando automutilação. São frequentes os sintomas listados abaixo:

- Queimaduras, cortes, cicatrizes e ou outras marcas na pele sem explicações pertinentes, em mãos, braços ou antebraços, principalmente no membro oposto ao dominante
- Vestimentas inapropriadas, como mangas compridas no verão
- Uso constante de pulseiras que cobrem os pulsos
- Rejeitam participar de atividades que se praticam com menos roupas
- Portar parafernália estranha, como lâmina de barbear
- Sinais de depressão ou ansiedade

O aluno deve ser abordado com “curiosidade respeitosa”, que é uma atitude de querer entender o problema em vez de apenas querer que o problema vá embora (Walsh, 2006). Nesse momento, é importante usar as expressões do “eu”.

4. Avaliação: O primeiro passo é tratar as feridas físicas; gravidade do ferimento, instrumentos utilizados. Localização e número de cicatrizes devem ser avaliados durante esse atendimento para ser discutido com a equipe de crise para triagem dos próximos passos, precedendo qualquer conversa sobre os aspectos não físicos da AM. É raro o paciente praticar AM e ser um potencial suicida, mas esta avaliação é pertinente para assegurar que não se trata de um caso de maior complexidade. Portanto, esta avaliação deve ocorrer imediatamente, e se detectado, deve-se mudar a abordagem. Após a avaliação física deve-se medir seu engajamento na AM; coletar informações sobre práticas de AM e sua história, são fatores importantes para determinar a necessidade do envolvimento dos pais e o engajamento de recursos externos a atenção primária. Essas questões visam avaliar :

- História
- Frequência
- Métodos
- Gatilhos
- Efeito psicológico
- Divulgação, busca de ajuda e suporte

Então podemos dividir o aluno em:

A) Baixo risco :

1. Sem história longa de automutilação
2. Estressores em quantidade maleável
3. Alguma resposta inicial com “estratégias de lidar com o stress”
4. Apoio externo de alguma pessoa

B) Alto risco:

1. Automutilação frequente, de longa data
2. Métodos muito letais
3. Sem resposta inicial a com “estratégias de lidar com o stress”

1. Pais engajados: As reuniões são oportunidades para educar os pais com relação a AM, além de conversar sobre como criar e manter um ambiente de apoio.

Resultados esperados: Trazer aos profissionais da escola e aos pais uma nova perspectiva de um problema de saúde. Alunos como principais beneficiados terão um ambiente que dê suporte para ajudar a lidar com o problema. O sistema de saúde se beneficia pois diminui a quantidade de pacientes encaminhados aos serviços secundários de atenção a saúde.

Referências:

Bubrick, K., Goodman, J. &Whithlock, J. (2010). Non-suicidal self-injury in schools: Developing and implementing school protocol.

International Society for the Study of Self-injury. (2007). Definitional issues surrounding our understanding of self-injury. Conference proceedings from the annual meeting.

Giusti, JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (2013).

Walsh, B. W. (2006). Treating self-injury: A practical guide. New York: The Guilford Press.