

Comportamentos autolesivos em amostra de adolescentes da Cova da Beira – estudo comparativo pré e pós-pandemia COVID-19

Ana Rita Gomes Silvano Boinas

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Dra. Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Coorientadora: Dra. Ana Sofia Rodrigues Ferreira

fevereiro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Ana Rita Gomes Silvano Boinas, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41557 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20 /02 /2024

Ana Rita Boinas

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, às Professoras Paula Carvalho e Sofia Ferreira pela oportunidade que me proporcionaram para trabalhar neste tema e como orientadoras desta Dissertação.

Ao Professor Jorge Gama, os meus sinceros agradecimentos pela excelente análise estatística e recomendações.

Expresso igualmente o meu apreço à Dra. Marta Rodrigues pela diligente distribuição dos questionários que serviram de base a este estudo, e também à Dra. Joana Mendes pelo trabalho realizado antes da pandemia.

Aproveito ainda para manifestar a minha solidariedade para com os adolescentes que foram retratados nesta dissertação.

Por último, mas não menos importante, quero dirigir um agradecimento muito especial aos meus pais e amigos, cujo apoio inabalável foi fundamental ao longo desta jornada académica.

Resumo

Introdução: Os comportamentos autolesivos (CAL) compreendem ações sem intenção suicidária em que um indivíduo provoca lesões a si mesmo ou ingere substâncias prejudiciais com intenção de autolesão. Esses comportamentos são patológicos, sendo considerados um importante preditor de suicídio. A pandemia de COVID-19 tem sido associada a um aumento nas perturbações da saúde mental, especialmente em adolescentes. Assim, o objetivo do estudo consistiu em avaliar a prevalência, caracterizar padrões dos CAL e investigar fatores de risco associados, incluindo o impacto da pandemia em adolescentes, e propor medidas preventivas.

Materiais e métodos: Foi desenvolvido um estudo transversal baseado num questionário aplicado em consulta de Pediatria de um hospital de nível II. A amostra totalizou 319 questionários (159 em 2019; 160 em 2023) preenchidos por adolescentes entre os 12 e 18 anos. A análise estatística envolveu regressão logística para análises univariada e multivariada ajustada.

Resultados: A prevalência dos CAL obtida nos dois períodos foi de 29,78% (n=95), verificando-se um aumento de 7,96% no período pós-pandémico, mas não significativo ($p=0,121$). O método mais frequentemente utilizado foram cortes (72,63%), predominantemente nos membros superiores (84,06%). Entre os jovens com CAL, 34,74% procuraram ajuda, principalmente de irmãos/amigos (72,73%). Acrescenta-se que 42,1% referiram que efetuaram estes comportamentos devido ao desejo de morrer e 15,8% referiram querer chamar a atenção. Na regressão logística multivariada, os fatores de risco que se revelaram significativos incluíram problemas de saúde, ausência de exercício físico, ser ex-fumador, conflitos com namorado/a, história de suicídio tentado ou CAL na família/amigos e procura online de formas de se magoar. A exposição a eventos de vida negativos correlacionou-se significativamente com CAL, incluindo dificuldade em fazer amigos, *bullying*, conflitos parentais, abusos físicos/agressões/violência, preocupações com orientação sexual e relações sexuais não consensuais. Também foi significativo o consumo de drogas e alcoolização ≥ 2 vezes/mês, bem como apresentar um baixo índice de bem-estar da OMS.

Conclusão: Sendo os CAL importantes preditores de suicídio, urge incrementar a literacia em saúde mental, combatendo o estigma e incentivando a procura de ajuda pelos adolescentes, nomeadamente de profissionais qualificados.

Palavras-chave

Adolescentes; Comportamentos autolesivos; suicídio; fatores de risco; Cova da Beira.

Abstract

Introduction: Deliberate self-harm (DSH) encompass non-suicidal actions where an individual intentionally inflicts injuries or ingests harmful substances for self-harm. These behaviors are consistently considered pathological and are regarded as a significant predictor of suicide. The COVID-19 pandemic has been associated with an increase in mental health disorders, especially among adolescents. The study aimed to assess prevalence, characterize DSH patterns, investigate associated risk factors, including the impact of the pandemic on adolescents, and propose preventive measures.

Methods and Materials: A cross-sectional study was conducted based on a questionnaire administered in the Pediatrics outpatient clinic of a level II hospital. The sample comprised 319 questionnaires (159 in 2019; 160 in 2023) from adolescents aged 12 to 18. Statistical analysis involved logistic regression for univariate and adjusted multivariate analyses.

Results: The prevalence of DSH in both periods was 29,78% (n=95), with a 7,96% increase in the post-pandemic period but not significant ($p=0,121$). The most frequently used method was cuts (72,63%), predominantly on the upper limbs (84,06%). Among adolescents with DSH, 34,74% sought help, mainly from siblings/friends (72,73%). Additionally, 42,1% expressed a desire to die, and 15,8% mentioned seeking attention. In multivariate logistic regression, significant risk factors included health problems, lack of physical exercise, former smoking, conflicts with a partner, a history of attempted suicide or DSH in family/friends, and online search for self-harm methods. Exposure to negative life events correlated significantly with DSH, including difficulty making friends, bullying, parental conflicts, physical abuse/aggression/violence, concerns about sexual orientation, and non-consensual sexual relationships. Drug consumption, alcohol intake ≥ 2 times/month, and a low WHO well-being index were also significant.

Conclusion: Given that DSH is a significant predictor of suicide, there is an urgent need to increase mental health literacy, combat stigma, and encourage adolescents to seek help from qualified professionals.

Keywords

Adolescents; Deliberate self-harm; suicide; risk factors; Cova da Beira.

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimentos | iii |
| Resumo | iv |
| Abstract | v |
| Índice | vi |
| Lista de Figuras | vii |
| Lista de Tabelas | vii |
| Lista de Acrónimos | viii |
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1. Adolescência e fases da adolescência | 1 |
| 1.2. Definição e tipos de CAL | 3 |
| 1.3. Fatores de risco de CAL e suicídio | 4 |
| 1.4. Razões para os CAL | 8 |
| 1.5. Prevenção e tratamento dos CAL | 9 |
| 1.6. Prevalência mundial dos CAL em adolescentes | 11 |
| 1.7. Prevalência em Portugal dos CAL em adolescentes | 11 |
| 1.8. Pandemia de COVID-19 | 14 |
| 1.9. Hipóteses a testar | 15 |
| 1.10. Objetivos | 15 |
| 2. Materiais e métodos | 17 |
| 2.1. Amostra e desenho do estudo | 17 |
| 2.2. Análise estatística | 18 |
| 3. Resultados | 19 |
| 4. Discussão | 35 |
| 4.1. Limitações do estudo | 43 |
| 5. Conclusões | 45 |
| 6. Bibliografia | 47 |
| 7. Anexos | 55 |
| Anexo 1: Questionário | 55 |
| Anexo 2: Consentimento livre e informado | 63 |
| Anexo 3: Problemas de saúde referidos pelos jovens inquiridos e enquadramentos por tipos de patologia | 66 |
| Anexo 4: Certificado de Comunicação oral na <i>8th International Conference on Childhood and Adolescence (ICCA)</i> | 68 |

Lista de Figuras

| | |
|--|---|
| Figura 1: Efeito <i>Iceberg</i> nos CAL e suicídio em adolescentes na comunidade | 9 |
|--|---|

Lista de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Fases da adolescência | 3 |
| Tabela 2: Bibliografia publicada sobre os CAL em adolescentes em Portugal (amostragem aleatória) | 12 |
| Tabela 3: Subdivisão em seis partes do questionário de estilos de vida e estratégias adaptativas baseado no “ <i>Lifestyle and Coping Questionnaire</i> ” | 17 |
| Tabela 4: Resultados da análise da amostra por regressão logística univariada | 19 |
| Tabela 5: Resultados da análise da amostra por regressão logística multivariada | 23 |
| Tabela 6: Resultados do teste para comparação de duas proporções em indivíduos com CAL | 23 |
| Tabela 7: Resultados da análise estatística relativamente ao sexo feminino e CAL | 27 |
| Tabela 8: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens com problemas de saúde e CAL | 27 |
| Tabela 9: Resultados da análise estatística relativamente a exercício físico e CAL | 28 |
| Tabela 10: Resultados da análise estatística relativamente a hábitos tabágicos e CAL | 28 |
| Tabela 11: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens que tiveram problemas ou discussões graves com o/a namorado/a e CAL | 30 |
| Tabela 12: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens que tiveram alguém na sua família, ou amigo próximo, que se tentou suicidar ou magoar-se intencionalmente e CAL | 31 |
| Tabela 13: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens que procuraram formas de se magoarem na internet e CAL | 32 |
| Tabela 14: <i>Ranking</i> das 4 principais razões para os CAL | 42 |

Lista de Acrónimos

ACEs: experiências adversas na infância;

aOR: *odds ratios* ajustados;

CAL: comportamentos autolesivos;

CHUCB: Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira;

DP: desvio padrão;

IC: intervalo de confiança;

M: média;

Md: mediana;

NSSI: non-suicidal self-injury;

NUTS: nomenclature of territorial units for statistics;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

p (p value): valor de prova;

QdV: qualidade de vida (OMS).

1. Introdução

1.1. Adolescência e fases da adolescência

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade (1). Atualmente, a população de adolescentes a nível mundial é de cerca de 1,3 mil milhões de adolescentes (16% da população total) (2). Em Portugal, com um total de 10,5 milhões de pessoas, há apenas 9,5% (cerca de 1 milhão) de indivíduos nessa faixa etária, verificando-se assim a existência de um progressivo envelhecimento da população (3).

A adolescência é a fase da vida entre a infância e a idade adulta, representando um período único do desenvolvimento humano, com profundas transformações físicas, cognitivas e psicossociais. Embora esta fase seja considerada como de grande instabilidade, de facto a maioria (cerca de 80%) dos adolescentes não revela desvios patológicos do comportamento (4). Durante essa etapa do seu crescimento, é desenvolvido o pensamento abstrato e a consciência racional e realística, são construídas as próprias identidades, de acordo com princípios e valores morais, criam-se novas amizades sociais e vínculos, e incrementa-se o sentido da responsabilidade e da independência. É também nesta etapa do desenvolvimento que os jovens se podem deparar com obstáculos sociais, como oportunidades educativas que não correspondem às suas necessidades e expectativas, dificuldades na procura de emprego satisfatório e desafios em termos de saúde, como gravidezes precoces e não planeadas, infeções sexualmente transmissíveis, situações de violência, ansiedade e depressão (5). No fundo, a adolescência termina com a construção de uma autonomia e identidade – conceção de si mesmo, composta por valores, crenças e metas –, da elaboração de projetos de vida e inserção social.

Existem várias teorias explicativas para os comportamentos de risco na adolescência. Assim, do ponto de vista neurofisiológico, a adolescência é caracterizada por um processo de maturação cerebral. Estes jovens passam pela maturação tardia do córtex pré-frontal, última camada do cérebro a amadurecer, responsável pelo raciocínio, pensamento, lógica, criatividade, avaliação risco/benefício das situações de stress, entre outros (4,6). Já o sistema límbico, que se desenvolve antes do córtex pré-frontal, tem a capacidade de processar emoções como a raiva e coordena o sistema de recompensa. Nesta população nota-se uma maior tendência à impulsividade e à ausência de ponderação das

consequências dos seus atos. Assim, não é surpreendente que se verifiquem conflitos e comportamentos de risco em adolescentes.

Os neurotransmissores do sistema nervoso central dopamina e serotonina são fulcrais nesse processo. A dopamina atua no controlo do movimento, resposta emocional e capacidade de experienciar prazer e dor; os seus níveis diminuem durante a adolescência, resultando em oscilações de humor e dificuldades na regulação emocional. Já a serotonina desempenha um papel importante nas alterações de humor, ansiedade, controlo de impulsos e excitação; há uma diminuição durante a adolescência, o que está associado a uma diminuição do controlo de impulsos. Efetivamente, estas alterações podem tornar estes jovens altamente vulneráveis a comportamentos de risco (7,8).

No que concerne a esta matéria, os comportamentos de risco podem manifestar-se de diversos modos, nomeadamente em adições, como é o caso do tabagismo e do consumo de álcool e/ou drogas (9), salientando-se ainda, pela sua gravidade, os comportamentos autolesivos (CAL, *deliberate self harm*).

A prevalência dos CAL aumenta na adolescência – período crítico para a sua ocorrência – por volta dos 12-14 anos, face, designadamente, a um incremento da vulnerabilidade do neurodesenvolvimento, que implica um acréscimo da sensibilidade à dor socioafetiva (definida como uma experiência emocional dolorosa relativa a um potencial ou efetivo distanciamento psicológico/isolamento de outras pessoas ou grupos sociais) e aos mecanismos de recompensa imediata. O pico dos CAL é atingido aos 16 anos (fase média da adolescência) (Tabela 1) e a sua ocorrência diminui a partir do início da idade adulta (por volta dos 21 anos), no entanto em alguns subgrupos pode tornar-se crónica. Assim, face a este panorama, a adolescência é referenciada como um período crítico de desenvolvimento para a implementação de medidas preventivas e interventivas (8,10-13).

Entre os autores/instituições não existe uniformidade no que concerne às fases da adolescência (fase inicial, fase média e 3ª fase). Estas podem ser agrupadas em grupos etários ligeiramente distintos, de acordo com a fonte bibliográfica, como se pode ver a título ilustrativo na Tabela 1.

Tabela 1: Fases da adolescência.

| Referência | Fase inicial da adolescência (<i>Early Adolescence</i>) (anos) | Fase média da adolescência (<i>Mid Adolescence</i>) (anos) | 3 ^a fase da adolescência (<i>Late Adolescence</i>) (anos) |
|---|--|--|--|
| OMS (14) | 10-13 | 14-15 | 16-19 |
| <i>Nelson Essentials of Pediatrics</i> (15) | 10-14 | 15-17 | 18-21 |

Os grupos etários na adolescência não são estanques e, por conseguinte, mais relevante do que a idade do indivíduo, é perceber se determinado adolescente atingiu as etapas de desenvolvimento compatíveis com a fase em que expectavelmente se deveria encontrar.

Na verdade, a idade em que cada problema se manifesta e a sua importância varia amplamente entre os adolescentes, assim como as taxas de desenvolvimento cognitivo, psicosexual, psicossocial e físico de cada um. Segundo alguns autores, dada a complexidade da adolescência e a idade de maturação cerebral, esta pode estender-se além dos 19 anos (até aos 21 ou 25 anos) (7,15-18).

1.2. Definição e tipos de CAL

Os CAL são sempre considerados patológicos e decorrem da tentativa mal adaptativa de *coping*, para evasão de um estado mental adverso resultante de insucesso, nas vertentes individual, familiar e social (12,19).

De acordo com o modelo de Folkman e Lazarus, *coping* refere-se a um leque de estratégias cognitivas e comportamentais que são usadas pelo indivíduo para enfrentar as exigências do meio interno e externo da relação entre este e o ambiente (20).

CAL são gestos não fatais em que um indivíduo, deliberadamente, causa autolesão ou ingere uma substância deletéria em grande quantidade, sem intenção suicida (21,22).

Na literatura científica internacional e nacional existem discrepâncias na designação de CAL, sobretudo no que diz respeito à sua intencionalidade (ou não) suicidária, o que pode explicar as dificuldades em aferir a sua prevalência, dadas as múltiplas designações para

definir os comportamentos autolesivos, tais como *self-injury*, CAL, automutilação, parasuicídio e tentativa de suicídio (8,13).

Segundo uma metanálise de Gillies et al., 2018, que avaliou a prevalência e as características dos CAL em adolescentes, no período de 1990 a 2015, em 41 países, em que foram avaliados 597 548 participantes, a forma mais frequente de automutilação nesta população foram os cortes (tendo uma prevalência de 45%, estimada em 55 estudos, que compreenderam 187 638 adolescentes). O segundo tipo de CAL mais comum foi impedir as feridas de cicatrizarem (33%, 10 estudos, 13 462 adolescentes). O terceiro tipo de CAL mais frequente foi bater com a cabeça em superfícies (31%, 14 estudos, 44 580 adolescentes), seguindo-se mordeduras (29%, 22 estudos, 66 738 adolescentes), arranhaduras (28%, 23 estudos, 45 800 adolescentes), bater propositadamente contra objetos (27%, 43 estudos, 113 589 adolescentes), envenenamento ou overdose (20%, 23 estudos, 110 187 adolescentes) e queimaduras (10%, 31 estudos, 71 614 adolescentes). Outras formas comumente relatadas incluíram espetar agulhas, ou objetos pontiagudos, e arranhar ou coçar a pele (13).

Segundo o estudo de Madge et al, 2008, que avaliou os CAL em adolescentes, em 7 países contando com 30 000 jovens, mais de metade desta amostra apresentava CAL unicamente sob a forma de cortes (55,9%), enquanto 22,3% da amostra recorreram apenas à overdose de fármacos como CAL, outros 11,7% da amostra também recorreram a outros métodos de forma exclusiva e os restantes 10,7% envolveram múltiplos métodos. Foi referido que a maioria dos atos ocorrera em casa, e o álcool e drogas ilegais geralmente não foram utilizados. Também se constatou neste estudo que os métodos de CAL escolhidos pelos adolescentes variaram significativamente entre países, embora o mais prevalente tenham sido os cortes (tal como em Gillies et al., 2018) (23).

1.3. Fatores de risco de CAL e suicídio

Numa metanálise de Gillies et al., 2018, 47% dos adolescentes que praticavam CAL reportaram apenas um ou dois episódios, e menos de 10% relataram 10 ou mais. Nesta metanálise, é referido que uma maior frequência de episódios de CAL está associada a piores prognósticos, pelo que a frequência de CAL pode ser considerada um preditor importante para um curso da doença desfavorável a longo prazo (13).

Já no estudo Madge et al., 2008, cerca de metade dos jovens relataram mais de um episódio de CAL. Constatou-se que a sua repetição estava mais associada à utilização de métodos

múltiplos (63,0%) e quando apenas recorriam a cortes (58,8%), contrariamente às situações de overdose de drogas (44,9%) ou quando se usavam outros métodos únicos (46,6%) (23). Uma situação idêntica, relativamente a uma maior prevalência na repetição de CAL, foi encontrada numa metanálise de 39 estudos em adolescentes (12).

A ideação suicida e as tentativas de suicídio são significativamente mais elevadas em adolescentes que praticam CAL (11,24), sendo ainda mais pronunciadas quando há repetição e métodos múltiplos de CAL (13,21,25). Nas circunstâncias em que os CAL são praticados repetidamente, pode haver progressivamente mais tolerância ao medo e à dor física, o que pode explicar o seu comportamento suicidário (21).

Em adolescentes, os CAL são muito mais frequentes que o suicídio, no entanto este é a quarta principal causa de morte em indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (12,26). Na verdade, sabe-se que a associação entre os CAL e tentativas de suicídio altera-se ao longo da vida, desde 30:1 em jovens para 3:1 em idosos (21).

Efetivamente, os CAL são o segundo preditor mais importante de suicídio, precedidos pela ideação suicida (12,27). Sabe-se ainda que os CAL e a ideação suicida partilham fatores de risco genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais (8,21).

Um estudo recente efetuado em Portugal, aferiu que cerca de metade dos indivíduos com CAL apresentava um risco significativo de suicídio e a maioria deles expressava o desejo de morrer durante esses comportamentos. Quase todos os adolescentes que tentaram suicidar-se referiram CAL prévios, o que confirma a necessidade da sua identificação e valorização, na medida em que estes são sinalizadores de risco de suicídio (21).

Há vários fatores de risco identificados na literatura para o desenvolvimento dos CAL, nomeadamente: o período da adolescência (como já foi exposto anteriormente), o sexo feminino, os problemas de saúde, um baixo Índice de bem-estar (OMS), os acontecimentos de vida negativos e outros comportamentos de risco (8).

Numa metanálise realizada em 7 países, com mais de 30 000 adolescentes em amostra comunitária, os CAL foram praticados duas vezes mais por adolescentes do sexo feminino (23). A predominância dos CAL em raparigas foi também comprovada noutra metanálise envolvendo 597 548 adolescentes de 41 países, com um risco relativo de 1,72 (13). Esta tendência pode ser explicada pelo facto de as raparigas sentirem emoções negativas com maior frequência e intensidade, nomeadamente dor socioafetiva, sendo mais propensas a praticar CAL quando estão em sofrimento emocional (11).

Também há diferenças entre os géneros em relação aos métodos preferenciais de CAL. Em Madge et al., 2008, constatou-se que adolescentes do sexo feminino eram mais propensas a realizar cortes ou overdose, enquanto que os adolescentes do sexo masculino relataram mais vezes saltos arriscados ou enforcamento (23).

Adolescentes que pertencem a minorias sexuais e de género (ou seja, adolescentes que se identificam como sendo LGBTQIA+) têm mais probabilidade de praticarem CAL (8,11). Esta propensão pode dever-se ao facto de estes grupos minoritários terem uma maior prevalência de perturbações de humor, uso indevido de substâncias, vitimização, *bullying* e stress social. Para além disso, possuem menos fatores de proteção relativamente aos jovens heterossexuais (8).

Ao invés do que ocorre nos CAL (12), o suicídio é mais prevalente no sexo masculino (8). De facto, na Europa, em 2020, 77,1% dos suicídios ocorreu no sexo masculino (28).

Pode haver associação entre CAL e piores prognósticos de doenças crónicas, com impacto na morbidade e mortalidade (29).

Os CAL tendem a surgir a partir de uma combinação de internalização e externalização (29). A internalização engloba perturbações com sintomas predominantemente ansiosos, depressivos e somáticos, enquanto que a externalização abrange perturbações com sintomas predominantemente impulsivos, de comportamento disruptivo e relacionado com o uso de substâncias (30). Os fatores de internalização e externalização podem afetar a capacidade de as pessoas lidarem com doenças crónicas, devido a alterações no funcionamento executivo, a um aumento do risco de abuso de substâncias, a uma alimentação não saudável, maus hábitos de sono e baixa adesão terapêutica. Estas características contribuem assim para uma deterioração do prognóstico das suas doenças crónicas (29,31).

Durante a adolescência, observa-se um aumento no uso de substâncias e no comportamento suicidário, o que pode ser influenciado por uma falta de controlo sobre os impulsos (8).

Os comportamentos de risco para a saúde, como o uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e drogas), têm sido associados a CAL, como uma tentativa de os adolescentes se automedicarem ou de se dessensibilizarem à dor emocional (32). Estas substâncias podem ter efeitos neurotóxicos e neuromoduladores deletérios se usadas precocemente (33),

podendo intensificar sentimentos depressivos e ansiogénicos, levando à prática de comportamentos mais graves, incluindo o suicídio (8,32,33).

O Índice de bem-estar da OMS com cinco itens (34) é um dos questionários mais amplamente utilizados para uma avaliação breve (menos de 1 minuto) do bem-estar, proporcionando informação relevante sobre a saúde mental.

Vários estudos têm demonstrado que adolescentes com CAL apresentam mais frequentemente depressão, ansiedade e stress (8,12,21,35).

A OMS desenvolveu o *WHOQOL* (*WHO Quality Of Life*), que se trata de um instrumento para avaliar a qualidade de vida (QdV) (36). Esta refere-se à perceção que os indivíduos têm relativamente à sua vida, considerando o seu contexto cultural e sistema de valores, assim como os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Investigações mostram que a QdV é influenciada pela fase de vida em que o indivíduo se encontra (37). Os adolescentes têm uma hipersensibilidade às opiniões e também mais autoconsciência e problemas de autoimagem, relativamente aos adultos (38).

Para uma fase de vida positiva contribuem importantes fatores como a autoestima, boas relações de amizade e relações familiares sólidas e a prática de exercício físico (39). Sempre que estes fatores são negativos, a QdV dos adolescentes é prejudicada (37). Os acontecimentos de vida negativos referem-se a situações importantes, e normalmente stressantes ou adversas na vida de uma pessoa, que têm o potencial de afetar a sua saúde (física e mental), nomeadamente discussões ou lutas entre os pais; separação ou divórcio dos progenitores; pais com doenças mentais; antecedentes familiares de comportamento suicidário; morte dos pais; experiências adversas na infância (ACEs); história de abuso físico ou sexual; *bullying* e dificuldades nas relações interpessoais (8). A ocorrência de acontecimentos de vida negativos está relacionada com uma baixa QdV (40), bem como uma maior frequência de ansiedade, depressão e sofrimento emocional (37). Os acontecimentos de vida negativos relacionados com a família, amigos e escola aumentam na fase média da adolescência, sendo mais frequentes que os eventos de vida positivos, especialmente em raparigas (11).

As ACEs são episódios ou ambientes de stress que as crianças vivenciam e podem incluir situações de abuso emocional, físico ou sexual; violência doméstica ou vivência com familiares que tinham perturbações relacionadas com substâncias, doenças mentais, comportamentos suicidas e envolvimento criminal. As ACEs têm o potencial de causar

experiências traumáticas de longa duração, com um impacto muito negativo nas suas vidas, uma vez que afetam, nomeadamente, o neurodesenvolvimento, podendo levar à dependência de substâncias, depressão, distúrbios alimentares, obesidade, comportamentos sexuais de alto risco e até morte (8,31,41).

Uma baixa QdV e acontecimentos de vida negativos são fatores de risco chave para a ocorrência dos CAL em adolescentes (8). CAL são mais frequentes em adolescentes que pertencem a estratos sociais desfavorecidos, em determinados fatores cognitivos (pessoas perfeccionistas, com excessiva autocrítica, baixa autoestima, impulsivas, pessimistas), com rede de apoio familiar insuficiente, isolados socialmente, com conflitos com o/a namorado/a ou que sofrem de *bullying* (*cyberbullying*, *bullying* presencial) (8,11, 12,32,37).

Outros fatores de risco associados aos CAL e a suicídio em adolescentes, especialmente quando padecem de doenças mentais, são antecedentes pessoais de CAL (12), ideação suicida expressa, acesso a meios para executar CAL ou suicídio, antecedentes familiares de CAL ou de suicídio, exposição a CAL em amigos ou através de redes sociais (8). De facto, investigações anteriores mostraram que uma proporção significativa de jovens que pratica CAL tem como estímulo inicial os CAL praticados pelos pares. Isto pode dever-se ao facto de, na adolescência, o comportamento entre pares ter uma influência considerável na formação da identidade (ao contrário do que acontece na infância, em que os modelos identitários são apenas os pais) e para se considerarem pertencentes a um grupo (42). Relativamente à influência das redes sociais na sociedade, pode-se afirmar que atualmente são uma parte integrante da vida social, profissional e académica, entre outras áreas. No entanto, o uso excessivo e a dependência têm consequências prejudiciais na saúde (43), designadamente predispondo para a prática de CAL ou de suicídio, quando os adolescentes acedem à internet para pesquisar formas de se magoarem (44).

1.4. Razões para os CAL

Numa metanálise com mais de 597 000 adolescentes em 41 países (Gillies et al., 2018), a razão mais frequentemente referida para realizar CAL foi “obter alívio de pensamentos ou sentimentos”, seguida por “castigar-se a si próprio”, por “mostrar como me sentia desesperado/ obter uma reação”, por “queria morrer” e como método de *coping*, seguindo-se “sentir alguma coisa, mesmo que seja dor”. Outras razões incluíram estar infeliz, deprimido, zangado ou perturbado, não gostar de si mesmo, ter problemas familiares,

procurar sentir-se relaxado, dar a si mesmo algo para fazer quando está sozinho, sentir-se um fracasso, solidão, angústia mental, problemas pessoais e fatores de stress (13).

Num estudo com mais de 30 000 adolescentes em 7 países (Madge et al., 2008), as razões mais referidas pelos jovens que praticavam CAL foram “queria livrar-me de um estado mental terrível”, “queria morrer” e “queria castigar-me”, reportadas por vezes simultaneamente. De um modo geral, houve menos adolescentes que alegaram que a razão para terem CAL se prendia com “queria assustar alguém” ou “queria saber se alguém gostava de mim verdadeiramente” ou “queria chamar a atenção” (23).

1.5. Prevenção e tratamento dos CAL

O desenvolvimento de estratégias de prevenção para os CAL em adolescentes é essencial, dados os números crescentes de jovens envolvidos nessa prática (12,13).

Os CAL passam frequentemente despercebidos ao nível dos serviços clínicos (Figura 1: Efeito *Iceberg*). Na comunidade, apenas uma pequena percentagem de adolescentes que pratica CAL (cerca de 12,5%) recorre aos hospitais, sendo maior esse recurso em casos de overdose (8,12,17,23). Não obstante o suicídio ser a quarta principal causa de morte em jovens dos 15 aos 19 anos, a nível mundial (45), o mesmo pode ser subestimado estatisticamente, em virtude de, por vezes, as mortes serem classificadas como sendo de causa desconhecida (8).

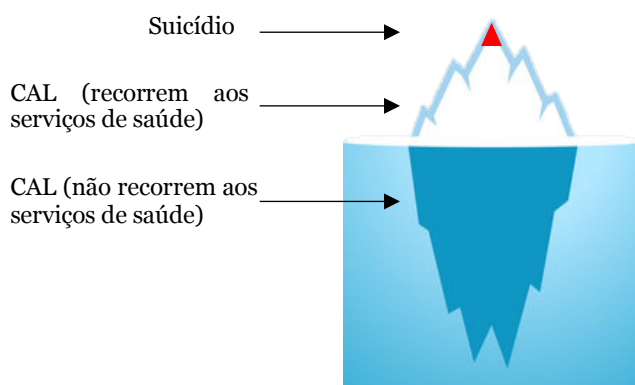


Figura 1: Efeito *Iceberg* nos CAL e suicídio em adolescentes na comunidade (adaptado de Hawton et al., 2012).

Como anteriormente referido, muitos dos adolescentes que praticam CAL fazem-no em casa e não recorrem a hospitais nem procuram ajuda, inclusive dos seus amigos ou pais (23), (Baetens et al., 2014). Pelo contrário, numa metanálise, 48% dos adolescentes procurou ajuda ou contou a alguém sobre a sua autolesão, sendo os amigos os mais frequentemente procurados, seguidos pelos membros da família e, somente 8%, procurou ajuda médica (13).

Os princípios gerais de cuidados após CAL são: monitorizar o adolescente para pensamentos relativos à ideação suicida ou CAL; chegar a um entendimento comum com o adolescente acerca do significado dos CAL e quais as suas necessidades; avaliar o uso de substâncias; ajudá-lo a identificar e trabalhar na resolução de problemas (*coping*); incentivar à expressão das emoções; identificar a rede de apoio em crises; evitar prescrever quantidades de medicamentos que possam ser letais em caso de overdose; estabelecer uma relação empática profissional com o jovem; reafirmar os valores da esperança e do autocuidado; tratar vigorosamente doenças psiquiátricas subjacentes e outras doenças crónicas (8,35). Efetivamente, deve haver uma abordagem holística do doente, considerando também outros problemas de saúde pré-existentes, dado serem fatores de risco para os CAL, pelo que o seu tratamento é importante para minimizar o mau prognóstico das doenças crónicas, que se verifica quando associadas aos CAL (29).

As intervenções em adolescentes que praticam frequentemente CAL devem estar disponíveis precocemente com o intuito de reduzir o risco de suicídio. As medidas preventivas devem ser ainda implementadas em indivíduos que se encontram no início da puberdade, altura em que a maioria começa a ter CAL, tendo como objetivo ajudar os adolescentes a não desenvolver estratégias maladaptativas de *coping*, recorrendo a CAL (12,13).

As medidas de prevenção dos CAL e suicídio podem ser subdivididas em populacionais, destinadas a todos os jovens (por exemplo, iniciativas educacionais), e medidas dirigidas a grupos de risco (por exemplo, indivíduos com histórico de abuso e praticantes de CAL) (8).

Tem havido um interesse crescente em programas de prevenção e promoção de saúde nas escolas, dado que este contexto é um dos locais preferenciais para identificar potenciais problemas e fornecer apoio (12). Devem ser implementados programas para grupos de pares, uma vez que os indivíduos com CAL, quando procuram ajuda, recorrem mais frequentemente aos amigos. Estes programas podem resguardar os colegas do desconforto que podem sentir ao serem solicitados a ajudar sem terem competências para tal (13).

Há pouca evidência no tratamento e prevenção, no que toca a estratégias psicossociais ou farmacológicas, sendo particularmente controversa a utilização de antidepressivos (8).

A minimização de danos para os CAL é uma alternativa às estratégias preventivas e visa maximizar a segurança durante a autolesão. Esta estratégia é aplicada a indivíduos que estão em fase de pré-contemplação (sem intenção de mudar) (46), onde o seu principal objetivo é reduzir os danos associados a comportamentos de alto risco, ao invés de eliminá-los (47). Não obstante a minimização de danos estar incluída nas guidelines NICE (48), esta tem um baixo nível de evidência, devido à ausência de ensaios para avaliação da eficácia destas técnicas. Alguns exemplos destas práticas consistem em beliscar-se, pressionar gelo até ser doloroso e desenhar linhas vermelhas nos pulsos como simulacro da laceração (47).

1.6. Prevalência mundial dos CAL em adolescentes

Os CAL têm distribuição mundial entre os adolescentes.

Muehlenkamp et al., 2012, efetuaram uma metanálise de publicações referentes a estudos em 20 países, no intervalo de 2005 a 2011, numa amostra de 104 221 adolescentes, entre 11 e 18 anos, em contexto escolar ou da comunidade, tendo identificado uma prevalência de CAL de 16,1% (22).

Noutra metanálise, Gillies et al., 2018, realizaram uma metanálise envolvendo 41 países (incluindo Portugal), no período compreendido entre 1990 e 2015, numa amostra de 280 408 participantes da comunidade, dos 12 aos 18 anos, com prevalência similar de CAL 16.9% (95% CI 15.1–18.9), verificando-se uma tendência de aumento significativo desta ao longo dos anos (13).

1.7. Prevalência em Portugal dos CAL em adolescentes

Os CAL são um problema sério de saúde pública, em Portugal e no resto da Europa (49).

Na bibliografia científica foram identificados 9 estudos realizados em Portugal, publicados entre 2017 e 2023, que rastrearam CAL em adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 23 anos, tendo em cada um sido realizado uma amostragem aleatória da comunidade e/ou em ambiente clínico psiquiátrico (Tabela 2).

Tabela 2: Bibliografia publicada sobre os CAL em adolescentes em Portugal (amostragem aleatória).

Legenda: NUTS: *nomenclature of territorial units for statistics*.

| Artigo/ autores | Região - NUTS (Distritos) | Grupos etários (anos) | Amostra (positivos CAL/n (%)) | | Total positivos CAL (%) | Comentários |
|---|--|-----------------------------|----------------------------------|------------------|-------------------------------|--|
| | | | Comunidade | Clínica | | |
| Mendes et al., 2023 (53) | Centro (Castelo Branco) | 12-17 | 0 | 41/159 (25,8) | 25,8 | Consultas pediatria |
| Gouveia- Pereira et al., 2022 (25) | Área Metropolitana de Lisboa (Lisboa) | 13-23 | 190/564 (33,9) | 47/64 (73,4) | 38 | |
| Duarte et al., 2020 (21) | Área Metropolitana de Lisboa (Lisboa) | 12-21 | 205/502 (40,8) | 82/98 (83,7) | 47,8 | |
| Nobre-Lima et al., 2017 (54) | Norte, Centro (Bragança, Leiria, Coimbra) | 12-18 | 124/361 (34,3) | 0 | 34,3 | |
| Maria Gaspar de Matos et al., 2019 (55) | 5 Regiões de Portugal continental | 11-17 (14,36) | 890/4932 (18) | 0 | 18 | 5 regiões educativas, do 6º, 8º,10º,12º) |
| Guerreiro et al., 2017 (49) | Área Metropolitana de Lisboa (Lisboa) | 12-20 | 125/1713 (7,3) | 0 | 7,3 | (8º,10º,12º) |
| Barreto Carvalho et al., 2017 (27) | Região Autónoma dos Açores (São Miguel) | 14-22 | 521/1763 (30) | 0 | 30 | |
| Duarte et al., 2019 (56) Estudo 1 | Área Metropolitana de Lisboa (Lisboa) | 12-19 | 131/620 (21,1) | 0 | 21,1 | |
| Duarte et al., 2019 (56) Estudo 1 | Centro (Leiria) | 12-19 | 109/411 (26,5) | 0 | 26,5 | |

Excluíram-se da análise da Tabela 2 os seguintes artigos nacionais:

- Florindo Salvador et al., 2023, dado que a amostragem não é aleatória, compreendendo indivíduos com antecedentes de CAL (logo, apresentou 100% de prevalência), o que podia enviesar a análise da prevalência dos CAL em adolescentes em Portugal (17).

- Trinco e Santos, 2017, que se debruçou sobre uma amostra clínica de 413 adolescentes em sofrimento mental que haviam recorrido ao serviço de urgência de um Hospital da região Centro, no entanto, apenas foram avaliados 38 adolescentes, com recurso a entrevista clínica, pelo que este artigo foi excluído da tabela (50).

- Xavier et al., 2016, que incluíram 782 adolescentes de uma amostra comunitária da região Centro. A razão pela qual este estudo foi excluído, deve-se ao facto de não ter apresentado dados sobre a prevalência dos CAL (51).

- Guerreiro et al., 2009, seleccionaram de modo não aleatório 98 adolescentes de uma amostra de 400 indivíduos, seguidos em consulta de psiquiatria na Área Metropolitana de Lisboa, pelo que não foi possível avaliar a prevalência dos CAL (52).

Dos estudos analisados, 4 foram realizados na Área Metropolitana de Lisboa, 3 na região Centro (sendo que um deles também foi realizado na região Norte), 1 na Região Autónoma dos Açores, e só um incluiu as cinco regiões de Portugal continental (ver Tabela 2).

Seis dos estudos foram realizados em escolas. Dois dos estudos (Gouveia-Pereira et al., 2022, e Duarte et al., 2020) tiveram duas amostras: escolar e clínica (consultas de psiquiatria). E um dos estudos (Mendes et al., 2023) avaliou uma amostra clínica (consultas de pediatria). No total foram incluídos 11 025 pacientes em ambiente escolar e 162 em ambiente clínico.

A prevalência dos CAL em ambiente escolar é de 2 336 (21,2%) (com amplitude de 7,3% e 40,8%) (25) e em ambiente clínico é de 129 (79,6%).

Apenas o estudo Mendes et al., 2023, foi realizado na Covilhã, na consulta de pediatria no CHUCB (Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira). O estudo apresentado nesta Dissertação também foi realizado no mesmo Hospital, seguindo a mesma metodologia.

Todos estes estudos foram realizados antes da pandemia de COVID-19.

1.8. Pandemia de COVID-19

Em 30 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada pela OMS como uma "Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional", tendo deixado de o ser a 5 de maio de 2023 (57).

Considera-se que possa ter havido uma maior incidência de perturbações da saúde mental na população em geral e, em particular, nos adolescentes, durante a pandemia de COVID-19, o que justificou o meu estudo. Na verdade, existem várias publicações em todo o mundo que testam esta hipótese, como as que, seguidamente, refiro a título de exemplo.

Entre 2020 e 2021, em plena pandemia de COVID-19, foi publicado um relatório da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico) que refere que a saúde mental dos jovens teve uma evolução particularmente negativa na Europa. Em praticamente todos os países deste Continente, os jovens avaliaram de forma mais negativa a sua saúde mental do que os grupos etários mais velhos. Esta situação revela uma inversão da tendência pré-pandémica. De facto, em 2019, a percentagem de jovens a relatar sintomas de depressão era, na maioria, inferior à média da população (6% dos jovens de 15 a 24 anos, em comparação com 7% entre todos os adultos em média na Europa). Durante a pandemia, a percentagem de jovens que relatou ter sintomas de depressão foi, pelo menos, 50% superior à média da generalidade da população europeia. Desta forma, assume-se que a pandemia claramente teve um grave impacto nos jovens (58).

Os sentimentos de solidão e desconexão da sociedade também aumentaram entre meados de 2020 e o primeiro semestre de 2021 (58).

Na Metanálise mundial "*Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19*" de Racine et al., 2021, que incluiu 80 mil jovens em 29 estudos, estimou-se que, no primeiro ano da pandemia, 25% dos jovens em todo o mundo apresentava sintomas de depressão clinicamente elevados, enquanto 20% apresentava sintomas de ansiedade clinicamente significativos (o dobro das estimativas pré-pandémicas) (58,59).

No que se refere aos CAL e comportamentos suicidas, também houve estudos que abordaram esta questão, nomeadamente uma metanálise realizada durante a pandemia de COVID-19, que englobou 54 estudos realizados em 2020 em todos os continentes, incluindo um total de 308 596 indivíduos. A idade média foi de 34,2 anos. Os resultados sugerem um

aumento de 9,63% da taxa dos CAL, bem como um aumento de 10,81% da taxa de ideação suicida e um incremento de 4,68% da taxa de tentativas de suicídio, quando comparados com taxas dos estudos pré-pandemia (60).

Por outro lado, um resumo científico (John et al., 2021, citado pela OMS em março de 2022) (61,62), relata que houve um declínio nas idas aos serviços hospitalares por comportamentos suicidas e/ou autolesivos, o que pode refletir uma diminuição real destes comportamentos no início da pandemia, ou expressar um decréscimo ilusório (confundidor), resultante da preocupação da população em não sobrecarregar os serviços de saúde, ou ser uma consequência do medo de serem contagiadas por SARS-CoV-2. Neste estudo, conclui-se não se verificar uma clara evidência de que tenha existido um aumento do comportamento suicida e/ou autolesivo, durante a pandemia de COVID-19.

No mesmo sentido, foi realizado um estudo na região Norte de Portugal, no Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), no Serviço de Urgência Psiquiátrico, que comparou o período de 45 dias em 2019 (pré-pandemia) com o mesmo período em 2020 (que coincidiu com o início e fim do estado de emergência nacional), tendo-se constatado uma diminuição de 52,2% na afluência ao referido Serviço de Urgência, sendo esta redução mais acentuada nos pacientes do sexo feminino e jovens (63).

1.9. Hipóteses a testar

Caracterizar a prevalência e os fatores de risco dos CAL antes e após a pandemia por COVID-19, numa amostra de adolescentes que frequentaram a consulta de pediatria no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB).

1.10. Objetivos

Avaliar a prevalência dos comportamentos autolesivos numa amostra de adolescentes que recorreram ao CHUCB antes e após a pandemia por COVID-19;

Identificar fatores/ comportamentos protetores e de risco nessa mesma amostra;

Ilacões a retirar relativamente a atitudes preventivas.

2. Materiais e métodos

2.1. Amostra e desenho do estudo

A amostra referente aos 2 estudos transversais incidiu em 319 adolescentes, dos 12 aos 18 anos com média de idade de 14,85 anos (DP = 1,67), seguidos em consulta de pediatria do CHUCB (hospital de nível II).

O primeiro estudo foi realizado entre agosto e novembro de 2019 (53) e incluiu 159 adolescentes, dos quais 72 eram raparigas. O segundo estudo ocorreu entre abril e setembro de 2023 e incluiu 160 adolescentes, dos quais 122 eram raparigas. Os estudos foram realizados com recurso ao mesmo protocolo após aprovação da Comissão de Ética do Hospital.

Facultou-se aos inquiridos um questionário de estilos de vida e estratégias adaptativas baseado no “*Lifestyle and Coping Questionnaire*” (23) com 47 questões que foram subdivididas em 6 partes (ver Tabela 3). Este questionário foi preenchido de forma voluntária, confidencial e consentida (por escrito, ver anexo 2), com a duração de 15-30 minutos. Os participantes que não responderam à questão 34 (se tiveram ou não CAL) e os que não aceitaram preencher foram excluídos da análise.

Tabela 3: Subdivisão em seis partes do questionário de estilos de vida e estratégias adaptativas baseado no “*Lifestyle and Coping Questionnaire*” (23). Nota: na parte 3 (Índice de bem-estar da OMS), os inquiridos são solicitados a indicar, para cada uma das cinco questões, como se sentiram nas últimas duas semanas, usando uma escala Likert que varia de 0 = “nunca” a 5 = “todo o tempo” (64).

| Secções | Temas | Questões |
|---------|---|----------|
| Parte 1 | Características sociodemográficas | 1 a 7 |
| Parte 2 | Estilos de vida | 8 a 12 |
| Parte 3 | Índice de bem-estar da OMS | 13 a 17 |
| Parte 4 | Acontecimentos de vida negativos | 18 a 34 |
| Parte 5 | Caracterização do último episódio dos CAL (apenas em praticantes) | 35 a 40 |
| Parte 6 | Motivos e medidas preventivas dos CAL | 41 a 47 |

2.2. Análise estatística

Todos os dados dos questionários foram compilados e codificados (respostas abertas e fechadas) numa base de dados em *Microsoft® Excel Versão 16.80*.

Devido à existência de alguns dados omissos (menos de 0.5% do total de dados), que resultaram de questões não respondidas, estes foram imputados pelo método da regressão e obtiveram-se 5 variantes. Todos os resultados das variáveis onde foi imputado pelo menos um dado foram estimados com a média dos valores obtidos nas 5 variantes.

Os dados das variáveis categóricas foram descritos por frequências e percentagens. Para os dados das variáveis quantitativas recorreu-se a várias medidas descritivas, entre as quais: a média (M), o desvio padrão (DP), a mediana (Md) e restantes quartis (P25 e P75), mínimo e máximo.

Para as análises univariada e multivariada dos CAL recorreu-se a uma regressão logística. Com esta foram estabelecidas associações entre os CAL e as variáveis disponíveis, que resultaram do questionário utilizado. Adicionalmente, foram estimados *odds ratios* ajustados (aOR) com a versão multivariada. Devido ao facto de alguns dados omissos terem sido imputados, como referido anteriormente, para se obter a versão multivariada foram utilizados métodos de seleção de variáveis dos tipos *forward* e *backward* baseados no rácio de verosimilhanças, tendo-se adotado os níveis de significância de 5% e 10% para a inclusão e exclusão de uma variável do modelo, respetivamente, com o objetivo de se obter um modelo consensual entre as 5 variantes que resultaram da imputação dos dados omissos.

Na apresentação dos resultados das variáveis com duas categorias foi omitida aquela que foi tomada como referência na regressão logística, sendo quase sempre aquela que resultou da resposta “não”.

Para se compararem os diferentes fatores dos adolescentes que tiveram CAL entre os dois estudos, recorreu-se ao teste para comparação de duas proporções, que requer amostras independentes suficientemente grandes (no mínimo 30 observações por amostra). Quando as amostras não se mostraram suficientemente grandes, recorreu-se, alternativamente, ao teste exato de Fisher.

Todas as análises estatísticas, inclusive a imputação dos dados antes referida, foram efetuadas com o programa estatístico IBM SPSS, versão 29.0.1. Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (*p*) não excedeu o nível de significância de 5%, tendo-se considerado marginalmente significativo quando o nível de significância se situou entre 5 e 10%. Os intervalos de confiança foram considerados a 95%.

3. Resultados

A prevalência dos CAL obtida nos dois estudos foi de 29,8% (n=95), verificando-se um aumento de cerca de 8,0% no segundo estudo, realizado em 2023 ($p=0,121$) (Tabela 4).

Tabela 4: Resultados da análise da amostra por regressão logística univariada. ^a Teste de Wald; Abreviaturas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de Confiança.

| Variável | Total n=319 | CAL | | OR Sim/Não (IC 95%) | p^a |
|---|----------------|--------------|--------------|---------------------------|--------|
| | | Sim n=95 | Não n=224 | | |
| Estudo 1, n(%) | 159 (49,8) | 41 (43,2) | 118 (52,7) | 1,47 (0,90; 2,38) | 0,121 |
| Estudo 2, n(%) | 160 (50,2) | 54 (56,8) | 106 (47,3) | | |
| Parte 1: Características Sociodemográficas | | | | | |
| Sexo Feminino, n(%) | 194 (60,8) | 72 (75,8) | 122 (54,5) | 2,62 (1,53; 4,48) | <0,001 |
| Idade (anos) | | | | 1,13 (0,97; 1,31) | 0,106 |
| M (DP) | 14,85 (1,67) | 15,08 (1,51) | 14,75 (1,72) | | |
| Md (P25; P75) | 15 (14; 16) | 15 (14; 16) | 15 (13; 16) | | |
| (Mín; Máx) | (12; 18) | (12; 18) | (12; 18) | | |
| Naturalidade Portugal, n(%) | 310 (97,2) | 91 (95,8) | 219 (97,8) | 1,93 (0,51; 7,33) | 0,337 |
| Agregado, n(%) | | | | | 0,017 |
| Nuclear | 210 (65,8) | 51 (53,7) | 159 (71,0) | 1 | |
| Monoparental | 57 (17,9) | 25 (26,3) | 32 (14,3) | 2,44 (1,32; 4,49) | 0,004 |
| Reconstituída | 26 (8,2) | 11 (11,6) | 15 (6,7) | 2,29 (0,99; 5,29) | 0,054 |
| Outra | 26 (8,2) | 8 (8,4) | 18 (8,0) | 1,39 (0,57; 3,38) | 0,473 |
| Escolaridade (anos) | | | | 1,12 (0,98; 1,29) | 0,100 |
| M (DP) | 9,45 (1,77) | 9,71 (1,62) | 9,35 (1,83) | | |
| Md (P25; P75) | 10 (8; 11) | 10 (9; 11) | 9,5 (8; 11) | | |
| (Mín; Máx) | (5; 12) | (6; 12) | (5; 12) | | |
| Retenções, n(%) | 92 (28,8) | 29 (30,5) | 63 (28,1) | 1,12 (0,66; 1,90) | 0,665 |
| Problemas de saúde | 120 (37,6) | 45 (47,4) | 75 (33,5) | 1,77 (1,09; 2,89) | 0,022 |
| Parte 2: Estilos de vida | | | | | |
| Alimentação, n(%) | | | | | 0,401 |
| Quase nunca | 22 (6,9) | 9 (9,5) | 13 (5,8) | 1,88 (0,74; 4,78) | 0,186 |
| Por vezes | 167 (52,4) | 51 (53,7) | 116 (51,8) | 1,19 (0,72; 1,98) | 0,496 |
| Frequentemente | 130 (40,8) | 35 (36,8) | 95 (42,4) | 1 | |
| Exercício físico, n(%) | | | | | 0,001 |
| Quase nunca | 48 (15,0) | 24 (25,3) | 24 (10,7) | 3,59 (1,81; 7,15) | <0,001 |
| Por vezes | 124 (38,9) | 39 (41,1) | 85 (37,9) | 1,65 (0,96; 2,84) | 0,072 |
| Frequentemente | 147 (46,1) | 32 (33,7) | 115 (51,3) | 1 | |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------------|--------|
| Tabaco, n(%) | | | | | <0,001 |
| Não fuma | 260 (81,5) | 60 (63,2) | 200 (89,3) | 1 | |
| Ex fumador | 43 (13,5) | 22 (23,2) | 21 (9,4) | 3,49 (1,80; 6,78) | <0,001 |
| Fuma | 16 (5,0) | 13 (13,7) | 3 (1,3) | 14,44 (3,98; 52,37) | <0,001 |
| Alcoolizado último mês, n(%) | 39 (12,2) | 16 (16,8) | 23 (10,3) | 1,77 (0,89; 3,53) | 0,104 |
| Nº vezes alcoolizado último mês | | | | | 0,070 |
| 0 | 280 (87,8) | 79 (83,2) | 201 (89,7) | 1 | |
| 1 | 30 (9,4) | 10 (10,5) | 20 (8,9) | 1,27 (0,57; 2,84) | 0,024 |
| ≥2 | 9 (2,8) | 6 (6,3) | 3 (1,3) | 5,09 (1,24; 20,85) | <0,001 |
| Alcoolizado último ano, n(%) | 68 (21,3) | 32 (33,7) | 36 (16,1) | 2,65 (1,52; 4,62) | <0,001 |
| Nº vezes alcoolizado último ano | | | | | 0,002 |
| 0 | 251 (78,7) | 63 (66,3) | 188 (83,9) | 1 | |
| 1 | 39 (12,2) | 17 (17,9) | 22 (9,8) | 2,31 (1,15; 4,62) | 0,018 |
| ≥ 2 | 29 (9,1) | 15 (15,8) | 14 (6,3) | 3,20 (1,46; 6,99) | 0,004 |
| Consumo de drogas, n(%) | 24 (7,5) | 18 (18,9) | 6 (2,7) | 9,50 (3,41; 26,44) | <0,001 |
| Parte 3: Índice de bem-estar da OMS | | | | | |
| Índice bem-estar OMS | | | | 0,83 (0,79; 0,88) | <0,001 |
| M (DP) | 16,10 (5,21) | 12,84 (5,57) | 17,47 (4,38) | | |
| Md (P25; P75) | 17 (13; 20) | 13 (9; 17) | 18 (15; 21) | | |
| (Mín; Máx) | (0; 25) | (0; 24) | (2; 25) | | |
| Índice bem-estar OMS, n(%) | | | | | <0,001 |
| ≥13 e não 0/1 | 205 (64,3) | 44 (46,3) | 161 (71,9) | 1 | |
| <13 e não 0/1 | 5 (1,6) | 1 (1,1) | 4 (1,8) | 0,87 (0,10; 8,04) | 0,905 |
| <13 e 0/1 | 74 (23,2) | 45 (47,4) | 29 (12,9) | 5,67 (3,20; 10,06) | <0,001 |
| ≥13 e 0/1 | 35 (11,0) | 5 (5,3) | 30 (13,4) | 0,61 (0,22; 1,66) | 0,333 |
| Índice bem-estar OMS n(%) | | | | | |
| Todos, exceto ≥13 e não 0/1 | 114 (35,7) | 51 (53,7) | 63 (28,1) | 2,95 (1,79; 4,85) | <0,001 |
| Parte 4: Acontecimentos de vida negativos | | | | | |
| Dificuldades em manter amigos, n(%) | 136 (42,6) | 61 (64,3) | 75 (33,5) | 3,62 (2,19; 5,99) | <0,001 |
| Discussões ou lutas com amigos, n(%) | 124 (38,9) | 52 (54,7) | 72 (32,1) | 2,49 (1,52; 4,08) | <0,001 |
| Problemas ou discussões graves com o/a namorado/a, n(%) | 51 (16,0) | 34 (35,8) | 17 (7,6) | 7,15 (3,70; 13,84) | <0,001 |
| Vítima de <i>bullying</i> , n(%) | 171 (53,6) | 74 (77,9) | 97 (43,3) | 4,63 (2,67; 8,04) | <0,001 |

| | | | | | |
|--|------------|-----------|------------|-----------------------|--------|
| Pais separaram-se ou divorciaram-se, n(%) | 101 (31,7) | 42 (44,2) | 59 (23,6) | 2,24 (1,35; 3,70) | 0,002 |
| Problemas ou discussões graves com os pais, n(%) | 96 (30,1) | 49 (51,6) | 47 (21,0) | 4,08 (2,43; 6,84) | <0,001 |
| Problemas ou discussões graves entre os pais, n(%) | 98 (30,7) | 45 (47,4) | 53 (23,7) | 2,94 (1,76; 4,90) | <0,001 |
| Falecimento; doença grave ou acidente grave de alguém próximo, n(%) | 208 (65,2) | 65 (68,4) | 143 (63,8) | 1,20 (0,72; 2,01) | 0,479 |
| Vítima de abusos físicos/agressões/violência, n(%) | 47 (14,7) | 29 (30,5) | 18 (8,0) | 5,16 (2,67; 9,96) | <0,001 |
| Problemas com a polícia, n(%) | 16 (5,0) | 6 (6,3) | 10 (4,5) | 1,41 (0,50; 4,01) | 0,515 |
| Suicídio na família ou amigo, n(%) | 27 (8,5) | 11 (11,6) | 16 (7,1) | 1,73 (0,76; 3,93) | 0,194 |
| Suicídio tentado na família ou amigo, n(%) | 103 (32,3) | 53 (55,8) | 50 (22,3) | 4,35 (2,60; 7,26) | <0,001 |
| Procura formas na internet de te magoares, n(%) | 51 (16,0) | 48 (50,5) | 3 (1,3) | 75,23 (22,48; 251,83) | <0,001 |
| Alguém nas redes sociais mostrou a magoar-se, n(%) | 26 (8,2) | 14 (14,7) | 12 (5,4) | 3,00 (1,33; 6,77) | 0,008 |
| Preocupações orientação sexual, n(%) | 55 (17,2) | 32 (33,7) | 23 (10,3) | 4,44 (2,42; 8,14) | <0,001 |
| Alguém forçou a ter algum tipo de relação sexuais contra a tua vontade, n(%) | 21 (6,6) | 15 (15,8) | 6 (2,7) | 7,07 (2,58; 19,42) | <0,001 |
| Parte 5: Caracterização do último episódio dos CAL (apenas em praticantes) (ver Tabela 6) | | | | | |
| Parte 6: Motivos e medidas preventivas dos CAL | | | | | |
| A maioria dos jovens que se magoam de propósito: | | | | | |
| - Estão sozinhos e deprimidos, n(%) | | | | | 0,234 |
| Concordo | 186 (58,3) | 58 (61,1) | 128 (57,1) | 0,86 (0,46; 1,60) | 0,625 |
| Não sei | 76 (23,8) | 17 (17,9) | 59 (23,6) | 0,55 (0,26; 1,20) | 0,132 |
| Discordo | 57 (17,9) | 20 (21,1) | 37 (16,5) | 1 | |
| - Fazem-no no “calor do momento”, n(%) | | | | | 0,022 |
| Concordo | 111 (34,8) | 43 (45,3) | 68 (30,4) | 1,45 (0,76; 2,74) | 0,258 |
| Não sei | 139 (43,6) | 31 (32,6) | 108 (48,2) | 0,66 (0,35; 1,27) | 0,213 |
| Discordo | 69 (21,6) | 21 (32,6) | 48 (21,4) | 1 | |

| | | | | | |
|--|------------|-----------|------------|-------------------|--------|
| - Quer morrer, n(%) | | | | | <0,001 |
| Concordo | 75 (23,5) | 40 (42,1) | 35 (15,6) | 2,70 (1,46; 4,98) | 0,002 |
| Não sei | 135 (42,3) | 23 (24,2) | 112 (50,0) | 0,49 (0,27; 0,90) | 0,022 |
| Discordo | 109 (34,2) | 32 (33,7) | 77 (34,4) | 1 | |
| - Estão a tentar chamar a atenção, n(%) | | | | | <0,001 |
| Concordo | 93 (29,2) | 15 (15,8) | 78 (34,8) | 0,22 (0,11; 0,43) | <0,001 |
| Não sei | 106 (33,2) | 24 (25,3) | 82 (36,6) | 0,34 (0,19; 0,60) | <0,001 |
| Discordo | 120 (37,6) | 56 (58,9) | 64 (28,6) | 1 | |
| - Podem ser ajudados a não o fazer, n(%) | | | | | 0,080 |
| Concordo | 268 (84,0) | 73 (76,8) | 195 (87,1) | 0,50 (0,11; 2,28) | 0,371 |
| Não sei | 44 (13,8) | 19 (20,0) | 25 (11,2) | 1,01 (0,20; 5,08) | 0,987 |
| Discordo | 7 (2,2) | 3 (3,2) | 4 (1,8) | 1 | |

O sexo e os CAL mostraram-se significativamente associados ($p < 0,001$). No entanto, na versão multivariada, esta associação foi marginalmente significativa ($p = 0,056$) (Tabela 5) e estimou-se uma chance de CAL 2,21 vezes maior para as raparigas. No teste para duas proporções com amostras independentes para comparar jovens com CAL nos dois estudos, a diferença não foi significativa (Tabela 6). Apresenta-se uma súmula destas três tabelas na Tabela 7.

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o agregado familiar e os CAL ($p = 0,017$), sendo a chance de CAL para os agregados monoparentais significativamente maior, quando comparados com a chance de CAL para o agregado nuclear, tendo-se estimado em 2,44 (IC 95% (1,32; 4,49), $p = 0,004$) vezes maior. No entanto, esta significância não se manteve na versão ajustada. No caso de ser uma família reconstituída ou de outro tipo (além dos previamente referidos), encontrou-se, respetivamente, uma associação marginalmente significativa ($p = 0,054$) e não significativa ($p = 0,473$) (Tabela 4).

Tabela 5: Resultados da análise da amostra por regressão logística multivariada. ^a Teste de Wald; ^b Ajustado por todas as variáveis disponíveis com a utilização de métodos de seleção de variáveis; Teste do rácio de verosimilhanças: $p < 0,001$; Teste de Hosmer-Lemeshow: $p = 0,750$; r^2 de Cox-Snell = 0,444; r^2 de Nagelkerke = 0,631; Área ROC = 0,916 (IC 95% (0,882; 0,950), $p < 0,001$). Abreviaturas: OR = *odds ratio*; IC = Intervalo de Confiança.

| Variável | aOR ^b CAL Sim/Não (IC95%) | p^a |
|---|---|--------|
| Sexo Feminino, n(%) | 2,21 (0,98; 4,98) | 0,056 |
| Problemas de saúde | 2,57 (1,21; 5,46) | 0,014 |
| Exercício físico | | 0,052 |
| Quase nunca | 3,58 (1,25; 10,20) | 0,017 |
| Por vezes | 1,86 (0,82; 4,23) | 0,137 |
| Frequentemente | 1 | |
| Tabaco | | 0,053 |
| Não fuma | 1 | |
| Ex fumador | 3,21 (1,19; 8,69) | 0,022 |
| Fuma | 2,67 (0,39; 18,35) | 0,319 |
| Problemas ou discussões graves com o/a namorado/a | 6,25 (2,46; 15,87) | <0,001 |
| Suicídio tentado na família ou amigo | 4,12 (1,94; 8,73) | <0,001 |
| Procura formas na internet de te magoares | 80,66 (20,33; 320,05) | <0,001 |
| A maioria dos jovens que se magoam de propósito: - Fazem-no no “calor do momento”, | | 0,153 |
| Concordo | 1,22 (0,45; 3,30) | 0,690 |
| Não sei | 2,32 (0,87; 6,18) | 0,092 |
| Discordo | 1 | |

Tabela 6: Resultados do teste para comparação de duas proporções em indivíduo com CAL. ¹ Teste para duas proporções com amostras independentes; ² Teste exato de Fisher.

| Características | Estudo 1 n=41 | Estudo 2 n=54 | Diferença percentual Estudo1-Estudo2 | p^1 |
|---|------------------|------------------|--|-------|
| Variáveis significativas na Tabela 4 em indivíduos CAL + | | | | |
| Variável 1 (sexo feminino) | 31 (75,61) | 41 (75,92) | -0,32 | 0,972 |
| Variável 4 (Agregado familiar monoparental) | 11 (26,83) | 14 (25,93) | 0,88 | 0,921 |
| Variável 7 (Problemas de saúde) | 20 (48,78) | 25 (46,30) | 2,48 | 0,810 |
| Variável 9 (Exercício físico – quase nunca) | 10 (24,39) | 14 (25,93) | -1,54 | 0,865 |

| | | | | |
|---|------------|------------|--------|-------|
| Variável 10 (Comportamentos de risco – tabaco [ex fumador + fumador]) | 15 (36,59) | 20 (37,04) | -0,45 | 0,964 |
| Variável 11 (Comportamentos de risco – álcool [nº vezes alcoolizado no último ano ≥1 vez]) | 13 (31,71) | 19 (35,19) | -3,48 | 0,722 |
| Variável 12 (Comportamentos de risco – drogas) | 9 (21,95) | 9 (16,67) | 5,28 | 0,515 |
| Variável 13 (Índice de bem-estar da OMS – [<13 ou 0/1]) | 20 (48,78) | 31 (57,41) | -8,63 | 0,404 |
| Variável 18 (Acontecimentos de vida negativos – dificuldade em manter amigos) | 21 (51,22) | 40 (74,07) | -22,85 | 0,021 |
| Variável 19 (Acontecimentos de vida negativos – discussões ou lutas com amigos) | 24 (58,54) | 27 (50,00) | 8,54 | 0,409 |
| Variável 20 (Acontecimentos de vida negativos – problemas ou discussões com o/a namorado/a) | 15 (36,59) | 19 (35,19) | 1,40 | 0,888 |
| Variável 21 (Acontecimentos de vida negativos – vítima de bullying) | 30 (73,17) | 44 (81,48) | -8,31 | 0,334 |
| Variável 22 (Acontecimentos de vida negativos – pais separar-se ou divorciaram-se) | 14 (34,15) | 28 (51,85) | -17,7 | 0,085 |
| Variável 23 (Acontecimentos de vida negativos – problemas ou discussões graves com os pais) | 18 (43,90) | 31 (57,41) | -13,51 | 0,192 |
| Variável 24 (Acontecimentos de vida negativos – problemas ou discussões graves entre os pais) | 19 (46,34) | 26 (48,15) | -1,81 | 0,861 |
| Variável 26 (Acontecimentos de vida negativos – vítima de abusos físicos/agressões/violência) | 9 (21,95) | 20 (37,04) | -15,09 | 0,114 |
| Variável 29 (Acontecimentos de vida negativos – suicídio tentado ou magoar-se intencionalmente na família ou amigo) | 22 (53,66) | 31 (57,41) | -3,75 | 0,716 |
| Variável 30 (Acontecimentos de vida negativos – procura formas na internet de te magoares) | 15 (36,59) | 33 (61,11) | -24,52 | 0,018 |
| Variável 31 (Acontecimentos de vida negativos – segue alguém nas redes sociais mostrou a magoar-se) | 6 (14,63) | 8 (14,81) | -0,18 | 0,980 |

| | | | | |
|--|------------|------------|--------|-------|
| Variável 32 (Acontecimentos de vida negativos – preocupações com orientação sexual) | 10 (24,39) | 22 (40,74) | -16,35 | 0,095 |
| Variável 33 (Acontecimentos de vida negativos – alguém forçou a ter algum tipo de relação sexual contra a tua vontade) | 6 (14,63) | 9 (16,67) | -2,04 | 0,788 |
| Variáveis não avaliadas na Tabela 4 em indivíduos CAL + (Parte 5) | | | | |
| Variável 34.1 (Frequência dos CAL [>1 vez]) | 25 (60,98) | 41 (75,92) | -14,94 | 0,117 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – incluindo cortes) | 30 (73,17) | 39 (72,22) | 0,95 | 0,918 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – só cortes) | 15 (36,59) | 12 (22,22) | 14,37 | 0,124 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – incluindo medicamentos em excesso) | 8 (19,52) | 13 (24,07) | -4,55 | 0,596 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – só medicamentos em excesso) | 1 (2,44) | 0 (0,00) | 2,44 | 0,249 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – incluindo queimaduras, arranhar, beliscar ou bater de propósito) | 20 (48,78) | 37 (68,62) | -19,84 | 0,052 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – só queimaduras, arranhar, beliscar ou bater de propósito) | 8 (19,52) | 13 (24,07) | -4,55 | 0,596 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – incluindo espetar agulha/ objetos pontiagudos) | 1 (2,44) | 3 (5,56) | -3,12 | 0,454 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – só espetar agulha/ objetos pontiagudos) | 0 (0) | 0 (0) | 0 | - |
| Variável 36 (Tipos de CAL – incluindo grandes quantidades de álcool ou drogas) | 5 (12,20) | 3 (5,56) | 6,64 | 0,248 |
| Variável 36 (Tipos de CAL – só grandes quantidades de álcool ou drogas) | 0 (0) | 0 (0) | 0 | - |
| Variável 36 (Tipos de CAL – vários métodos) | 17 (41,46) | 26 (48,15) | -6,69 | 0,517 |
| | n=30 | n=39 | | |
| Variável 36.1 (local de cortes – incluindo membros superiores) | 24 (80,00) | 34 (87,18) | -7,18 | 0,419 |
| Variável 36.1 (local de cortes – incluindo membros inferiores) | 7 (23,33) | 15 (38,46) | -15,13 | 0,181 |
| Variável 36.1 (local de cortes – incluindo tronco) | 3 (10,00) | 4 (10,26) | -0,26 | 0,972 |
| Variável 36.1 (local de cortes – incluindo pescoço) | 0 (0,00) | 1 (2,56) | -2,56 | 0,377 |
| | n=41 | n=54 | | |
| Variável 37 (local de realização dos CAL – incluindo escola) | 15 (36,58) | 23 (42,59) | -6,01 | 0,554 |

| | | | | |
|--|------------|------------|--------|--------------------|
| Variável 37 (local de realização dos CAL – incluindo casa) | 29 (70,73) | 42 (77,78) | -7,05 | 0,434 |
| Variável 37 (local de realização dos CAL – incluindo noutra local público) | 4 (9,76) | 6 (11,11) | -1,35 | 0,831 |
| Variável 37 (local de realização dos CAL – incluindo sob a influência de álcool ou drogas) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 | - |
| Variável 38 (pede ajuda (total, logo antes ou depois)) | 16 (39,02) | 17 (31,48) | 7,54 | 0,444 |
| Variável 38 (pede ajuda (incluindo antes)) | 6 (14,63) | 4 (7,41) | 7,41 | 0,256 |
| Variável 38 (pede ajuda (incluindo depois)) | 12 (29,27) | 14 (25,93) | 3,34 | 0,717 |
| Variável 38 (pede ajuda (antes e depois)) | 2 (4,88) | 1 (1,85) | 3,03 | 0,404 |
| | n=16 | n=17 | | |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo pais ou adulto de referência)) | 3 (18,75) | 5 (29,41) | -10,66 | 0,688 ² |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo irmão/ã ou amigos)) | 12 (75,00) | 12 (70,59) | 4,41 | 1,000 ² |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo pais ou adulto de referência e irmão/ã ou amigos)) | 1 (6,25) | 2 (11,76) | -5,51 | 1,000 ² |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo ajuda profissional)) | 1 (6,25) | 4 (23,53) | -17,28 | 0,335 ² |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo internet ou redes sociais)) | 0 (0,00) | 1 (5,88) | 5,88 | 1,000 ² |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo (professor/a)) | 1 (6,25) | 1 (5,88) | 0,37 | 1,000 ² |
| Variável 38.1 (pede ajuda a quem (incluindo (namorado/a)) | 0 (0,00) | 2 (11,76) | -11,76 | 0,485 ² |
| | n=41 | n=54 | | |
| Variável 40.1 (razão para os CAL – incluindo mostrar como me sentia desesperado) | 10 (24,39) | 15 (27,78) | -3,39 | 0,710 |
| Variável 40.2 (razão para os CAL – incluindo queria morrer) | 23 (56,10) | 28 (51,85) | 4,25 | 0,681 |
| Variável 40.3 (razão para os CAL – incluindo queria castigar-me) | 20 (48,78) | 32 (59,26) | -10,48 | 0,310 |
| Variável 40.4 (razão para os CAL – incluindo queria assustar alguém) | 2 (4,88) | 3 (5,56) | -0,68 | 0,884 |
| Variável 40.5 (razão para os CAL – incluindo queria vingar-me) | 4 (9,76) | 3 (5,56) | 4,2 | 0,438 |
| Variável 40.6 (razão para os CAL – incluindo queria livrar-me de estado mental) | 33 (80,49) | 50 (92,59) | -12,1 | 0,079 |

| | | | | |
|---|------------|-----------|-------|-------|
| Variável 40.7 (razão para os CAL – incluindo queria saber se alguém gostava verdadeiramente de mim) | 6 (14,63) | 8 (14,81) | -0,18 | 0,980 |
| Variável 40.8 (razão para os CAL – incluindo queria chamar a atenção) | 4 (9,76) | 5 (9,26) | 0,5 | 0,935 |
| | n=37 | n=43 | | |
| Variável 39.3 (razão para os CAL – incluindo Problema na escola (como o Bullying)) | 10 (27,03) | 7 (16,28) | 10,75 | 0,241 |
| Variável 39.4 (razão para os CAL – incluindo Problema em casa) | 8 (21,62) | 4 (9,30) | 12,32 | 0,124 |
| Variável 39.5 (razão para os CAL – incluindo Problema com o/a namorado/a) | 1 (2,70) | 2 (4,65) | -1,95 | 0,647 |
| Variável 39.6 (razão para os CAL – incluindo Dúvidas quanto à orientação sexual) | 1 (2,70) | 0 (0,00) | 2,70 | 0,278 |

Tabela 7: Resultados da análise estatística relativamente ao sexo feminino e CAL. ^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|----------------------|---|----------------|---|-------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Sexo feminino | 75,8 | <0,001 | 0,056 | 2,21 (0,98; 4,98) | 0,972 |

Os problemas de saúde (anexo 3), na maioria com evolução crónica, e os CAL mostraram-se significativamente associadas ($p=0,022$), o que foi corroborado na versão multivariada ($p=0,014$) e estimou-se uma chance de CAL 2,57 vezes maior para os adolescentes com problemas de saúde (Tabela 8).

Tabela 8: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens com problemas de saúde e CAL.

^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|----------------------|---|----------------|---|-------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Problemas de saúde | 47,4 | 0,022 | 0,014 | 2,57 (1,21; 5,46) | 0,810 |

Encontrou-se uma associação significativa entre o exercício físico e os CAL ($p=0,001$), mas na versão multivariada a significância passou a marginal ($p=0,052$). Estimou-se uma chance de CAL 3,58 vezes maior para os jovens que quase nunca faziam exercício físico (sendo tomados como referência os que faziam exercício físico frequentemente). A chance de CAL para os jovens que só esporadicamente realizavam exercício físico, não se mostrou significativa ($p=0,137$) (Tabela 9).

Tabela 9: Resultados da análise estatística relativamente a exercício físico e CAL. ^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|----------------------|---|----------------|---|--------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Exercício físico | - | 0,001 | 0,052 | - | - |
| Quase nunca | 25,3 | <0,001 | 0,017 | 3,58 (1,25; 10,20) | 0,865 |
| Por vezes | 41,1 | 0,072 | 0,137 | 1,86 (0,82; 4,23) | - |

Encontrou-se uma associação significativa entre os hábitos tabágicos e os CAL ($p<0,001$), mas na versão multivariada a significância passou a marginal ($p=0,053$). Estimou-se uma chance de CAL 3,21 vezes maior para os ex-fumadores, quando comparada com a chance de CAL para os não fumadores. A chance de CAL para os fumadores não se mostrou significativa ($p=0,319$) (Tabela 10).

Tabela 10: Resultados da análise estatística relativamente a hábitos tabágicos e CAL. ^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|----------------------|---|----------------|---|--------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Hábitos tabágicos | - | <0,001 | 0,053 | - | - |
| Ex-fumadores | 23,2 | <0,001 | 0,022 | 3,21 (1,19; 8,69) | 0,964 |
| Fumadores | 13,7 | <0,001 | 0,319 | 2,67 (0,39; 18,35) | |

Encontrou-se uma associação marginalmente significativa entre o nº de vezes de alcoolizações mensais e os CAL ($p=0,070$), mas a chance de CAL para os adolescentes com 1 ou ≥ 2 alcoolizações mensais foi significativamente maior, quando comparada com a chance de CAL dos adolescentes sem alcoolizações mensais, tendo-se estimado em 1,27 (IC 95% (0,57; 2,84), $p=0,024$) e 5,09 (IC 95% (1,24; 20,85), $p<0,001$) vezes maior, respetivamente (Tabela 4). No entanto, estas significâncias não se mantiveram na versão ajustada.

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre ter estado alcoolizado no último ano e os CAL ($p<0,001$), bem como o nº de vezes de alcoolizações no último ano e CAL ($p=0,002$) (Tabela 4). As chances de CAL em adolescentes com 1 ou ≥ 2 alcoolizações anuais foi significativamente maior, quando comparada com a chance de CAL dos adolescentes sem alcoolizações anuais, tendo-se estimado em 2,31 (IC 95% (1,15; 4,62), $p=0,018$) e 3,20 (IC 95% (1,46; 6,99), $p=0,004$) vezes maior, respetivamente (Tabela 4). No entanto, estas significâncias não se mantiveram na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre o consumo de drogas e os CAL ($p<0,001$), tendo a chance de CAL sido de 9,50 (IC 95% (3,41; 26,44)) (Tabela 4). Contudo, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre o Índice de bem-estar da OMS e os CAL ($p<0,001$), tendo a chance de CAL sido de 0,83 (IC 95% (0,79; 0,88)), sendo a média do total dos inquiridos de 16,10, enquanto a média dos jovens com CAL foi de 12,84 (Tabela 4). Todavia, esta significância não se manteve na versão ajustada. Ao avaliar especificamente os indicadores para a depressão (pontuação <13 ou se uma das respostas foi '0' ou '1') (ver Materiais e Métodos), verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre estes indicadores e os CAL ($p<0,001$), tendo a chance de CAL sido de 2,95 (IC 95% (1,79; 4,85)) (Tabela 4).

Cerca de 64% dos jovens que realizaram CAL tiveram dificuldade em fazer ou manter amigos, o que se mostrou estatisticamente significativo ($p<0,001$) (Tabela 4). Quando se compararam, nos dois estudos, os jovens com CAL que tiveram dificuldades em fazer ou manter amigos, verificou-se que a percentagem no estudo 2 foi de 74,07%, enquanto no estudo 1 foi de 51,22%, tendo-se revelado significativamente maior no estudo 2 ($p=0,021$) (Tabela 6).

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que tiveram discussões ou lutas com amigos e os CAL ($p < 0,001$), tendo a chance de CAL sido de 2,49 (IC 95% (1,52; 4,08)) (Tabela 4). No entanto, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Os CAL mostraram-se significativamente associados aos jovens que tiveram problemas ou discussões graves com o/a namorado/a ($p < 0,001$), o que foi corroborado na versão multivariada ($p < 0,001$) e estimou-se uma chance de CAL 6,25 vezes maior para os adolescentes que o referiram (Tabela 11).

Tabela 11: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens que tiveram problemas ou discussões graves com o/a namorado/a e CAL. ^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|---|---|----------------|---|--------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Tiveram problemas ou discussões graves com o/a namorado/a | 35,8 | <0,001 | <0,001 | 6,25 (2,46; 15,87) | 0,888 |

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que foram vítimas de *bullying* (humilhações/ provocações) na escola e os CAL ($p < 0,001$), com uma chance de CAL de 4,63 (IC 95% (2,67; 8,04)) (Tabela 4). Contudo, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens cujos pais se haviam separado ou divorciado e os CAL ($p = 0,002$), com a chance de CAL de 2,24 (IC 95% (1,35; 3,70)) (Tabela 4). No entanto, esta significância não se manteve na versão ajustada. No teste para duas proporções com amostras independentes para comparar os jovens com CAL nos dois estudos, a diferença foi marginalmente significativa ($p = 0,085$) (Tabela 6).

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que tiveram discussões graves ou lutas com os pais e os CAL ($p < 0,001$), tendo a chance de CAL sido de

4,08 (IC 95% (2,43; 6,84)) (Tabela 4). No entanto, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens cujos pais tiveram discussões graves ou lutas entre eles e os CAL ($p < 0,001$), tendo sido a chance de CAL 2,94 (IC 95% (1,76; 4,90)) (Tabela 4). No entanto, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que foram vítimas de abusos físicos/agressões/ violência e os CAL ($p < 0,001$), tendo a chance de CAL sido 5,16 (IC 95% (2,67; 9,96)) (Tabela 4). Todavia, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que foram forçados (de forma física ou verbal) a ter relações ou contactos sexuais contra a sua vontade e os CAL ($p < 0,001$), tendo a chance de CAL sido 7,07 (IC 95% (2,58; 19,42)) (Tabela 4). Contudo, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Os CAL mostraram-se significativamente associados aos jovens que tiveram alguém na sua família ou amigo próximo que se tentou suicidar ou magoar-se intencionalmente ($p < 0,001$), o que foi corroborado na versão multivariada ($p < 0,001$) e estimou-se uma chance de CAL 4,12 vezes maior para os adolescentes em que tal ocorrera (Tabela 12).

Tabela 12: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens que tiveram alguém na sua família, ou amigo próximo, que se tentou suicidar ou magoar-se intencionalmente e CAL. ^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|---|---|----------------|---|-------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Tiveram alguém na sua família ou amigo próximo que se tentou suicidar ou magoar-se intencionalmente | 55,8 | <0,001 | <0,001 | 4,12 (1,94; 8,73) | 0,716 |

Os CAL mostraram-se significativamente associados aos jovens que procuraram formas de se magoarem na internet ($p < 0,001$), o que foi corroborado na versão multivariada ($p < 0,001$) e estimou-se uma chance de CAL 80,66 vezes maior para os adolescentes que o fizeram. No teste para duas proporções com amostras independentes para comparar os jovens com CAL nos dois estudos, a diferença foi significativa estatisticamente ($p = 0,018$) (Tabela 13).

Tabela 13: Resultados da análise estatística relativamente aos jovens que procuraram formas de se magoarem na internet e CAL. ^a Comparação entre os estudos 1 e 2 em adolescentes com CAL.

| Análise/ variável | Regressão logística univariada (Tabela 4) | | Regressão logística multivariada (Tabela 5) | | Teste para comparação de duas proporções (Tabela 6) ^a |
|--|---|----------------|---|-----------------------|--|
| | % | <i>p value</i> | <i>p value</i> | aOR (IC 95%) | <i>p value</i> |
| Procuraram formas de se magoarem na internet | 50,5 | <0,001 | <0,001 | 80,66 (20,33; 320,05) | 0,018 |

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que seguiam alguém nas redes sociais que se mostrava a magoar-se e os CAL ($p = 0,008$), tendo a chance de CAL sido 3,00 (IC 95% (1,33; 6,77)) (Tabela 4). No entanto, esta significância não se manteve na versão ajustada.

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os jovens que tinham tido preocupações (de forma continuada) acerca da sua orientação sexual e os CAL ($p < 0,001$), com a chance de CAL de 4,44 (IC 95% (2,42; 8,14)) (Tabela 4). Contudo, esta significância não se manteve na versão ajustada. No teste para duas proporções com amostras independentes para comparar os jovens com CAL nos dois estudos, a diferença foi marginalmente significativa ($p = 0,095$) (Tabela 6).

Nos indivíduos que praticaram CAL, 69,5% fizeram-no repetidamente, não se tendo verificado uma diferença significativa entre os dois períodos (antes e pós pandemia) ($p = 0,117$), apesar de ter havido um aumento pós pandémico de 14,9% (Tabela 6).

Nos indivíduos com CAL, os tipos de lesão incluíram os seguintes métodos: cortes, consumo de medicamentos, álcool ou drogas em excesso, queimaduras, arranharem-se, beliscarem-se, bater propositadamente contra coisas ou espetar agulhas ou objetos pontiagudos.

O método mais frequentemente utilizado foram cortes (72,6%), predominantemente nos membros superiores (84,1%).

No teste para duas proporções com amostras independentes para comparar os jovens com CAL que usaram como métodos queimarem-se, arranharem-se, beliscarem-se, baterem-se de propósito contra coisas nos dois estudos, a diferença foi marginalmente significativa ($p=0,052$) (Tabela 6).

A razão “livrar-se de um estado mental” para explicar os CAL, apontada por jovens praticantes desse comportamento, foi marginalmente significativa ($p=0,079$) no teste para duas proporções com amostras independentes, para comparar os jovens com CAL nos dois estudos.

Somente 34,7% dos jovens com CAL pediram ajuda. Destes, 72,7% fizeram-no recorrendo a irmão/ã ou amigos e somente 15,2% dos jovens procuraram a ajuda de profissionais de saúde (Tabela 6).

Quando se questionaram todos os inquiridos acerca do contexto “calor do momento” para a realização dos CAL na maioria dessas situações, esse contexto revelou-se significativo estatisticamente ($p=0,022$) (Tabela 4). No entanto, na versão multivariada não foi significativo ($p=0,153$) (Tabela 5).

Quando se questionaram todos os inquiridos acerca do motivo para a maioria dos jovens praticarem CAL ser “querer morrer”, essa razão revelou-se significativa estatisticamente ($p=0,002$) (Tabela 4). A percentagem de jovens com CAL que apontaram esse motivo foi 42,1%, enquanto a percentagem dos jovens sem CAL prévios foi de 15,6% (Tabela 4).

Já quando se questionaram todos os inquiridos acerca do motivo para a maioria dos jovens praticarem CAL ser “chamar a atenção”, essa razão mostrou-se significativa estatisticamente ($p<0,001$) (Tabela 4). A percentagem de jovens com CAL que apontaram esse motivo foi 15,8%, enquanto a percentagem dos jovens sem CAL prévios foi de 34,8% (Tabela 4).

4. Discussão

Nesta Dissertação optou-se pela utilização do conceito adotado no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 da Direção Geral da Saúde (DGS), de que os CAL incluem comportamentos não fatais, sem intenção suicida (*NSSI: non-suicidal self-injury*), e ainda overdoses intencionais por drogas (9,21).

O *NSSI*, termo proposto no manual de referência DSM-5 (30), reflete um comportamento deliberado, sem intenção suicida, não socialmente aceite, que causa danos no corpo, sem resultar em lesões físicas graves. Já o termo anglo-saxónico *self-injury* compreende o *NSSI* assim como a exposição intencional a situações violentas, tricotilomania e consumo de drogas (8,21,22).

Da revisão bibliográfica efetuada, este estudo é o primeiro efetuado em Portugal que compara a prevalência e fatores de riscos associados com CAL antes da pandemia por COVID-19 (estudo 1, (53)) e depois desse acontecimento (estudo 2).

Para garantir metodologicamente a comparação entre os dois estudos, reproduziram-se, o máximo possível, as mesmas condições do primeiro estudo, nomeadamente com a utilização do mesmo questionário de estilos de vida e estratégias adaptativas, baseado no “*Lifestyle and Coping Questionnaire*” (23), uma amostra semelhante com o mesmo intervalo etário (12 aos 18 anos, com média de idade de 14,85 anos (DP = 1,67)) e no mesmo ambiente (consulta de pediatria do CHUCB (hospital de nível II). A amostra dos dois estudos foi de conveniência, dado que se baseou nas faixas etárias dos jovens que frequentaram a consulta de pediatria, no hospital supracitado, que eram elegíveis até aos 17 anos e 364 dias (65), tendo-se aberto duas exceções para rapazes com 18 anos. Apesar de na literatura de referência (OMS (1) *Nelson Essentials of Pediatrics* (15)) se considerar que a adolescência se inicia aos 10 anos, o período crítico para o início da ocorrência dos CAL é dos 12 aos 14 anos (12,13), coincidindo com a idade mínima considerada na amostragem. A idade média de ocorrência destes comportamentos no nosso estudo foi de 15,08 anos (DP=1,51) (Tabela 4), sendo que se considera que o pico dos CAL ocorre sensivelmente nessa altura, aos 16 anos (13).

O primeiro estudo foi realizado entre agosto e novembro de 2019 e incluiu 159 adolescentes, dos quais 72 eram do sexo feminino, tendo o segundo decorrido entre abril e setembro de 2023, com uma amostra de 160 adolescentes, dos quais 122 eram do sexo feminino. No total, os dois estudos compreenderam 194 raparigas (60,8%), tendo-se verificado um aumento da proporção deste sexo em 31,0%, no segundo estudo.

Para identificar os fatores protetores e de risco para os CAL, a análise estatística foi baseada em regressões logísticas univariada e multivariada em toda a amostra. A análise multivariada foi uma versão ajustada com seleção das cerca de 49 variáveis, uma vez que, devido ao reduzido tamanho da amostra, não foi possível incluir nesta análise todas as variáveis, o que só seria exequível caso a amostra tivesse, no mínimo, 1670 indivíduos.

A prevalência dos CAL nos dois estudos foi de 29,8%. Embora se tenha constatado um aumento de cerca de 8,0% no estudo pós-pandemia, este não se revelou significativo. Existem resultados contraditórios em alguns estudos relativamente à saúde mental dos jovens durante a pandemia. Por um lado, alguns autores reportaram menos idas aos serviços de urgência, no âmbito de problemas relacionados com a saúde mental (61) citado por (62,63), o que poderá estar associado ao receio de contágio pelo Sars-CoV-2. Por outro lado, apesar de ter ocorrido uma menor afluência aos aludidos serviços de saúde, é referido em muitos estudos que houve um aumento para o dobro das estimativas pré-pandémicas, em relação à ansiedade e depressão em jovens (58,59). De facto, um cenário possível, mas que não comprovámos no nosso estudo, seria que na pandemia tivesse aumentado significativamente a prevalência dos CAL, considerando também, nomeadamente, alguns fatores predisponentes como a ocorrência de um estado de contingência que resultou em restrições da liberdade, da mobilidade e a imposição de distanciamento social, associado a um medo generalizado e a uma redução do acompanhamento dos jovens por profissionais de saúde.

Entre os praticantes de CAL, 75,8% eram do sexo feminino. No universo das raparigas da amostra, 37,1% praticava CAL, enquanto a percentagem de rapazes era de 18,4%, cerca de 2 vezes menos. O sexo feminino constitui, assim, um fator de risco para a ocorrência dos CAL, o que foi corroborado na análise logística univariada, ao se verificar uma significância estatisticamente significativa e marginalmente significativa (e, previsivelmente, poderia ser significativa se a amostra fosse maior) na regressão logística multivariada com uma OR ajustada de 2,21 (Tabela 7). Não se verificou nenhuma diferença significativa entre as raparigas com CAL nos dois estudos. A maior prevalência no sexo feminino é considerado um fator de risco para os CAL, o que está em consonância com a maioria dos estudos, uma vez que as raparigas experienciam mais dor socioafetiva (11,13,23).

Relativamente à influência dos agregados familiares nos CAL, verificou-se existir uma significância estatística para as famílias monoparentais e uma significância marginal no caso das famílias reconstituídas. Estes resultados sugerem que há um maior risco de

desenvolvimento dos CAL em jovens inseridos nestes tipos de famílias – sendo mais pronunciado em agregados monoparentais –, quando comparadas com famílias nucleares, podendo estas últimas serem potencialmente fatores de proteção.

De salientar que os jovens, cujos pais se separaram ou divorciaram, tiveram uma associação significativa com os CAL, o que sugere que as separações/divórcios são fatores de risco para os CAL nos jovens do agregado. Quando se comparou esta realidade entre os dois estudos em jovens com CAL, verificou-se uma associação marginalmente significativa, o que pode significar que as separações/divórcios tiveram um impacto efetivo na ocorrência dos CAL, em jovens após a pandemia. O facto de ter havido um aumento da taxa de divórcios durante a pandemia (por cada 100 casamentos registados em 2020, ocorreram 91,5 divórcios) pode ter contribuído para este aumento de casos de CAL (66).

Estudos recentes têm demonstrado que uma fraca ligação relacional entre pais e filhos pode favorecer a ocorrência dos CAL. Vários autores referem que é inerente aos adolescentes a dificuldade na regulação e controlo emocional, ao lidarem com emoções negativas decorrentes de ambientes familiares desfavoráveis, o que os pode levar a recorrerem aos CAL. Pelo contrário, uma relação saudável entre pais e filhos é um fator protetor na prevenção destes comportamentos (8,67,68). O ambiente familiar desfavorável está associado estatisticamente aos CAL no nosso estudo. Isto manifesta-se tanto em jovens cujos pais tiveram discussões graves ou lutas entre eles, como naqueles que tiveram discussões graves ou lutas com os pais, de que resultaram chances de CAL de 2,94 e 4,08 vezes superiores, respetivamente.

Pensa-se que o comportamento suicida é "contagioso", na medida em que pode ser transmitido, de forma direta ou indireta, de uma pessoa para outra. Daí que seja prudente avaliar a forma como o suicídio é noticiado nos media, sendo que manchetes mais dramáticas e histórias mais avassaladoras estão associadas a aumentos mais significativos nas taxas de suicídio subsequentes (69). Insel e Gould (2008) demonstraram, numa metanálise, haver uma associação significativa entre a exposição de comportamentos suicidas de colegas e tentativas subseqüente de suicídio por parte do adolescente exposto (70). No nosso estudo, verificou-se uma associação significativa entre os jovens que tiveram alguém na família ou amigo próximo que se tentou suicidar ou magoar intencionalmente e a realização de CAL, sendo a chance de 4,12 vezes superior nestes jovens de desenvolverem estes comportamentos (Tabela 12).

A existência de problemas de saúde revelou-se significativamente associada à ocorrência de CAL, nas duas regressões logísticas, o que os torna fatores de risco muito relevantes para o desenvolvimento destes comportamentos (Tabela 8). Segundo um estudo de coorte retrospectivo abrangente (29), jovens com doenças crónicas, que também praticavam CAL, tinham maior propensão a prognósticos adversos para essas doenças, com taxas de mortalidade e morbilidade mais elevadas. É relevante destacar que uma interação entre os fatores de internalização e externalização contribui para os CAL, e esses fatores podem impactar a capacidade de lidar com doenças crónicas (29).

Relativamente ao exercício físico, mais precisamente em jovens que quase nunca o realizavam, a sua associação com os CAL foi significativa em ambas as regressões logísticas. Este resultado indica que o exercício físico pode ser um fator protetor para a ocorrência destes comportamentos. Segundo Grasdalsmoen et al., 2020 (39), a prática de exercício físico associa-se de forma negativa a problemas de saúde mental e tendências suicidas. O exercício físico regular, mesmo em pequenas quantidades, tem um efeito positivo no humor.

Os hábitos tabágicos podem ser considerados fatores de risco para a ocorrência dos CAL, uma vez que apresentam uma associação significativa com estes comportamentos na análise univariada e marginalmente significativa na multivariada. No entanto, em ex-fumadores, a associação com os CAL foi significativa em ambas as análises, ao contrário dos jovens que eram fumadores ativos em que não houve significância na análise multivariada. Os hábitos tabágicos podem indicar uma vulnerabilidade acrescida a comportamentos de risco, onde se inserem outros comportamentos aditivos e os CAL (8). É referido em Breslau et al., 2005, que os hábitos tabágicos diários (e não nos ex-fumadores) e o suicídio (ideação e tentativas) estão associados positivamente (71). Esta relação pode resultar de uma associação entre o tabagismo e a depressão, ou do tabagismo e os CAL, ambos sendo estratégias para lidar com o sofrimento emocional (8). O facto de, nos nossos estudos, a chance de CAL aumentar para os ex-fumadores, em relação aos não fumadores, em 3,21 vezes, pode dever-se ao facto de estes jovens terem perdido uma forma de *coping* – mesmo que maladaptativo –, tendo a necessidade de o compensarem praticando CAL.

Para além do tabaco, também os consumos de outras substâncias psicoativas, como o álcool e as drogas, são considerados fatores de risco para os CAL. Quanto ao álcool, avaliou-se o número de alcoolizações mensais e anuais, tendo-se revelado significativo quando o consumo ocorreu apenas uma vez por mês ou por ano, havendo maior risco para os CAL quando o número de consumos foi de duas ou mais vezes por mês ou por ano. Também no que se refere ao consumo de drogas, este revelou-se significativo para a ocorrência destes

comportamentos. Efetivamente, as substâncias psicoativas (tabaco, álcool e drogas) estão estabelecidas desde há muito tempo como fatores de risco para os CAL na literatura científica (8,32,33), em linha com os resultados do presente estudo. A prevalência de consumos deletérios para a população de adolescentes com CAL pode constituir uma forma de dessensibilização ao sofrimento emocional, sendo que, quando usados indevidamente, podem ter um efeito paradoxal, com um aumento de ansiedade e/ou depressão e comportamentos mais extremos, podendo culminar em suicídio (32).

O indicador do Índice de bem estar da OMS (64) foi aplicado no questionário, tendo-se verificado uma pontuação média de '12,84' (logo, inferior a '13') nos jovens com CAL, sendo a pontuação média do total dos inquiridos de '16,10'. Estes resultados revelaram a existência de um baixo bem-estar nos adolescentes que praticavam CAL, o que foi comprovado pela verificação de uma associação estatisticamente significativa entre este Índice e os CAL. Neste estudo, constatou-se igualmente uma associação significativa estatisticamente entre os jovens com maus resultados neste Índice (pontuação inferior a '13', ou respostas de '0' ou '1', em qualquer um dos cinco itens) e os CAL, sendo importante que houvesse um seguimento destes indivíduos, de forma a avaliar a presença de Perturbação Depressiva Major (CID-10) (72).

A dificuldade em fazer ou manter amigos, bem como as discussões ou lutas com amigos podem ser consideradas fatores de risco para o desenvolvimento destes comportamentos, sendo estas associações significativas. A pandemia por COVID-19 parece ter desempenhado um papel importante no agravamento da dificuldade em fazer amigos nos jovens com CAL, ocorrendo no nosso estudo um aumento significativo de 22,85%. Este incremento na dificuldade de socialização, após a pandemia, pode prender-se com o facto de ter havido um distanciamento físico repentino e obrigatório, dificultando os contactos sociais com os pares (principalmente), que podem ter afetado particularmente os adolescentes. De facto, nesta subpopulação que é particularmente sensível para as interações sociais, ocorrendo maioritariamente fora da família nuclear (ao contrário do que ocorre com as crianças), a privação social resultou em sentimentos acrescidos de solidão, ansiedade e depressão (73,74).

Um contacto mais frequente com outras pessoas, assim como um bom suporte social, é considerado um fator protetor para a ocorrência de CAL, no contexto de situações de stress, como dificuldades financeiras ou nos relacionamentos amorosos (75). No nosso estudo, existiu uma associação significativa estatisticamente nas regressões logísticas univariada e multivariada, relativamente aos jovens que tiveram problemas ou discussões graves com o/a namorado/a e os CAL, tendo nesses adolescentes a chance de CAL sido 6,25 vezes maior

que os jovens sem estes problemas com os/as namorados/as. Sabe-se que um dos aspetos centrais no desenvolvimento social dos adolescentes é o surgimento de relações amorosas (76). Em certos contextos sociais em adolescentes foi demonstrado que eventos negativos na vida amorosa parecem estar significativamente associados à ocorrência de CAL (77).

Da mesma forma, ser vítima de abusos físicos/agressões/violência ou relações ou contactos sexuais contra a vontade foi significativamente associado a um aumento dos CAL e de ideação suicida em adolescentes (78). Esta associação também se verificou no nosso estudo, sendo a chance de ter tido CAL 5,16 vezes superior para as vítimas de abusos físicos/agressões/violência e 7,07 vezes superior para os jovens que foram forçados a ter relações ou contactos sexuais contra a sua vontade.

A vitimização por *bullying* tem sido associada aos CAL entre os adolescentes. O *bullying* tradicional e o *cyberbullying* são preocupações universais nestas populações, especialmente dados os seus impactos na saúde e comportamento nas vítimas e perpetradores (79). Isto foi também verificado no nosso estudo, onde as vítimas de *bullying* (humilhações/ provocações) tiveram uma propensão significativa para os CAL, com uma chance de CAL 4,63 vezes superior para estes jovens.

A utilização da internet tem repercussões diversas no bem-estar dos jovens, com possibilidade de aumento da autoestima e do apoio social percecionado, mas também pode ter efeitos prejudiciais, tais como uma exposição a conteúdo inadequado e *cyberbullying* (44). A internet, se usada de forma inadequada ou excessiva, pode predispor a CAL, o que foi corroborado pelo nosso estudo em que se estimou uma chance de ter CAL 80,66 vezes maior em jovens que procuraram formas de se magoar na internet, sendo a relação entre estes jovens e os CAL estatisticamente significativa nas análises univariada e multivariada. Estudos realizados nos últimos anos, especialmente desde o início da pandemia de COVID-19, têm demonstrado um aumento significativo no uso problemático de redes sociais. No nosso estudo, ao se comparar os jovens com CAL, antes e depois da pandemia, relativamente aos jovens que procuraram formas de se magoar na internet, verificou-se um aumento significativo.

Os adolescentes que demonstram ter dificuldades em regular emoções negativas são particularmente propensos à dependência da internet (43,80). No nosso estudo, os jovens que seguiam alguém nas redes sociais que se mostrava a magoar-se estavam significativamente associados aos CAL, sendo que a chance nestes jovens de praticarem CAL foi 3,00 vezes maior do que naqueles que não o faziam. Os jovens utilizam cada vez mais as

redes sociais para comunicar sentimentos de angústia, especialmente aos pares, o que pode ser feito ao ingressarem em grupos dedicados aos CAL onde estão disponíveis vídeos sobre essa temática. A visualização destes vídeos pode causar emoções distintas consoante o utilizador: enquanto para uns atua como dissuasor ou como uma alternativa à prática de autolesão, para outros é um *trigger*, podendo normalizar e reforçar estes comportamentos, e, eventualmente, estimular sentimentos de competitividade (44).

No nosso estudo, os jovens que referiram preocupações (de forma continuada) acerca da sua orientação sexual tiveram uma associação significativa com os CAL. As pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT) apresentam uma maior propensão para desenvolverem CAL, em comparação com a população em geral. Isto pode dever-se à existência de vários fatores de risco associados a essa minoria, tais como: assédio, discriminação devido à orientação sexual ou identidade de género, e a sua ocultação (81).

Neste estudo, ao se compararem as amostras de jovens com CAL antes e após a pandemia, verificou-se uma diferença marginalmente significativa. A pandemia por COVID-19 teve efeitos prejudiciais na saúde mental da população em geral, mas alguns autores consideram que as pessoas LGBT tenham sido ainda mais afetadas, o que pode ter sido decorrente da limitação no acesso a recursos de apoio social e comunitário nas escolas, que frequentemente desempenham um papel crucial na proteção destes jovens (82).

Finalmente, em relação aos métodos preferenciais de CAL, neste estudo, os cortes foram o método preferencial (72,6%), ao que se seguiu os jovens que se queimaram, arranharam, beliscaram ou bateram de propósito contra coisas. Estes últimos métodos tiveram um aumento após a pandemia, que foi marginalmente significativo. Segundo vários estudos nacionais e internacionais, os cortes constituíram o método mais frequente dos CAL (13,23,49). Os jovens que usam cortes como método para os CAL visam mais frequentemente a autopunição e o alívio de tensão, do que aqueles que têm overdoses, em que é mais relevante a intenção suicida (8). No nosso estudo, 84,1% dos cortes localizaram-se nos membros superiores. Também se verificou, no presente estudo, que 74,7% dos episódios de CAL ocorreram em casa (tal como no estudo Madge et al., 2008 (23)), seguindo-se a escola (40%).

Na maioria dos adolescentes que praticam CAL, estes ocorrem até ao início da idade adulta, podendo em alguns casos persistir, o que está associado a autolesões repetidas durante a adolescência (8). No nosso estudo, os jovens praticantes de CAL fizeram-no frequentemente de forma repetida (69,5%). A prática destes comportamentos repetidamente é reportada em

muitos estudos (8,12,49) e tem o intuito de se castigarem e de aliviarem um estado mental terrível (23), constituindo um fator de risco para o suicídio (24).

A razão mais frequentemente referida pelos jovens que tinham CAL para terem esses comportamentos foi, nesta amostra, “quererem livrar-se de um estado mental terrível”, o que vai ao encontro de outros estudos (13,23). A comparação entre os jovens com CAL, antes e depois da pandemia, revelou-se marginalmente significativa. No presente estudo, a opção para realização de CAL ter sido no “calor do momento” foi significativa na análise univariada, o que não se sucedeu na análise multivariada. Na literatura é referido que a realização dos CAL em adolescentes relaciona-se com a impulsividade e ausência de ponderação (8,83), o que está de acordo com os resultados do nosso estudo.

A motivação dos jovens que praticaram CAL para os próprios o fazerem ser “querer morrer” (questão 40, 2ª alínea), foi referida em 3º lugar no nosso estudo, com uma percentagem semelhante à razão “querer castigar-me”, 53,7% e 54,7%, respetivamente (Tabela 14). No entanto, quando os jovens foram questionados acerca da razão para a maioria ter comportamentos autolesivos ser “querer morrer” (questão 43), apenas 42,1% dos jovens com CAL concordaram com a afirmação, diferença que foi estatisticamente significativa.

Outra razão apontada pelos jovens para a maioria realizar CAL foi “chamar a atenção”, o que se revelou estatisticamente significativo (questão 44), tendo esta sido apontada por 15,8% dos jovens com CAL. Todavia, pode ser considerado que estes valores são algo contraditórios, na medida em que quando se questionaram apenas os jovens com CAL relativamente à razão que os levou a ter esses comportamentos ser o querer “chamar a atenção” (questão 40, 9ª alínea), 9,5% anuiu. Segundo Madge et al., 2008, de um modo geral, os jovens são menos propensos a afirmar que praticam CAL para assustar alguém, vingar-se ou chamar a atenção (23).

Tabela 14: *Ranking* das 4 principais razões para os CAL.

| Razões para os CAL | Gillies et al., 2018 (13) (nº de artigos) | Madge et al., 2008 (23) ≈ (%) | O nosso estudo (%) |
|---|--|----------------------------------|-----------------------|
| “queria livrar-me de um estado mental terrível” | 1º (12) | 1º (71) | 1º (87,4) |
| “queria morrer” | 4º (3) | 2º (59) | 3º (53,7) |
| “queria castigar-me” | 2º (8) | 3º (44) | 2º (54,7) |
| “queria mostrar como me sentia desesperado/ obter uma reação” | 3º (4) | 4º (37) | 4º (26,3) |

Muitas vezes, os adolescentes que recorrem aos serviços de saúde após episódios de CAL, possuem intenção suicida e referem outros motivos, tais como: livrar-se de situações ou angústias intoleráveis e como meio de mostrar quanto se mostravam desesperados (Tabela 14). No entanto, os profissionais de saúde geralmente não consideram estes comportamentos como tendo intenção suicida, desvalorizando-os (8).

Verificou-se que uma percentagem reduzida dos jovens com CAL (34,7%) pedira ajuda antes ou depois de ter feito essa prática, tendo sido mais frequente o recurso aos irmãos e aos pares. Apenas 5,3% dos jovens que apresentaram estes comportamentos recorreu a ajuda profissional. É reportado na literatura que a maioria dos jovens que praticam CAL não procura ajuda antecipadamente, o que se deve, designadamente, ao estigma associado à doença mental e a preocupações relacionadas com a confidencialidade, sendo essa reserva mais acentuada quando existe também ideação suicida, para além de CAL (8).

4.1. Limitações do estudo

Este estudo foi realizado com base num questionário que foi respondido por adolescentes que frequentaram a consulta de pediatria no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) e que aceitaram participar, não se podendo, por isso, generalizar e extrapolar os resultados para a população em geral. Para além disso, a amostragem deste estudo foi limitada a 319 adolescentes, sendo necessário que essa amostra fosse cerca de 5 vezes superior para que a análise estatística fosse mais robusta, potenciando, eventualmente, o aumento da significância de algumas variáveis na regressão logística multivariada.

Apesar do estudo ter sido baseado num questionário de estilos de vida e estratégias adaptativas, baseado no “*Lifestyle and Coping Questionnaire*” aplicado internacionalmente (23), depois da análise efetuada, temos as seguintes sugestões de melhoria:

- Sabendo que os CAL são um importante preditor para o suicídio (21) e, apesar de se terem questionado os jovens com CAL acerca da existência de ideação suicida, teria sido relevante aferir se tinham um plano estruturado de suicídio, para melhor avaliar o risco de terminarem com a própria vida.
- Não foram avaliadas as condições socioeconómicas que, segundo alguma bibliografia, condicionam a ocorrência dos CAL, considerando que os estratos sociais mais baixos podem ser fatores de risco para este comportamento (8).

- Nos métodos dos CAL, não foram incluídos: “impedir as feridas de cicatrizarem” e “bater com a cabeça em superfícies”, considerados os segundo e terceiro métodos mais referidos numa metanálise internacional (13).

- Na ordem das questões, relativamente à Parte 5 (caracterização do último episódio dos CAL (apenas em praticantes)) julgamos que a pergunta 39 (descrição por palavras do jovem com CAL acerca das razões que o levaram a ter esse comportamento) podia surgir depois da pergunta 40 (alíneas com opções de resposta relativas às razões para o adolescente ter executado CAL), com a seguinte indicação: refere outras razões para te magoares a ti próprio, que não constem na pergunta anterior, evitando, dessa forma, respostas ambíguas.

Apesar de os questionários confidenciais constituírem o método mais adequado para avaliar a prevalência dos CAL em amostras da dimensão do nosso estudo, caracterizando os seus fatores de risco, os mesmos podem apresentar limitações em virtude de se tratar de matérias de natureza sensível.

5. Conclusões

Neste estudo, a prevalência dos CAL foi elevada (29,8%), no entanto, considera-se que esta se encontra subestimada, devido ao estigma associado à doença mental, que diminui a procura de ajuda pelos jovens. Verificámos um aumento de 8,0% após a pandemia. Não obstante o aumento dos CAL não ter sido significativo, é aceite na comunidade científica que a saúde mental teve uma evolução negativa durante a pandemia, particularmente em jovens.

Quanto à perceção relativamente aos motivos para terem CAL, os jovens que o faziam referiram mais vezes que pretendiam “querer morrer”, ao invés de quererem “chamar a atenção”, sendo convicção, contudo, dos jovens não praticantes de CAL que, aqueles que o faziam, tinham mais vezes o intuito de “chamar a atenção”. Isso demonstra que os jovens que não se envolveram em autolesões minimizaram a gravidade deste problema, uma atitude que, segundo Hawton et al., 2012, também se verifica entre profissionais de saúde.

Neste sentido, é prioritária a identificação precoce de sinais e sintomas em jovens que passam por dificuldades emocionais e de saúde mental, com o propósito de sinalizar os jovens que efetuaram estes comportamentos e evitar que culminem em desfechos mais graves, e, eventualmente fatais, uma vez que estes comportamentos podem predispor à dessensibilização face ao medo e tolerância à dor física. Assim, é premente aumentar a literacia em saúde mental na comunidade em geral e científica, o que passa pelo reconhecimento e familiarização com as formas como os CAL se apresentam e, particularmente com a mais prevalente: cortes (o que foi demonstrado no nosso estudo, e está em linha com a bibliografia) nos membros superiores. É essencial investir numa abordagem de redução do estigma associado a este tipo de problemas e promover a procura de ajuda entre os mais próximos, nomeadamente familiares, pares, professores, não obstante a necessidade de se recorrer igualmente a ajuda especializada – que foi um recurso muito pouco utilizado, conforme demonstrado no nosso estudo –, a fim de se reduzir o sofrimento associado a estes comportamentos desviantes.

Para melhorar a eficácia das estratégias de prevenção e tratamento, deve-se dinamizar a formação de “*gatekeepers*”, que incluem pares e adultos, e o acesso a contactos telefónicos de ajuda (linha de apoio psicológico do SNS24 feito por psicólogos (84)) e de urgência (85). Estas estratégias permitem complementar o acompanhamento presencial por profissionais

de saúde mental, permitindo uma avaliação e seguimento individualizados – até à idade adulta, se necessário –, onde o plano de intervenção envolva a família.

As redes sociais desempenham um papel cada vez mais importante na vida dos jovens, designadamente os praticantes de CAL, que recorrem à internet para procurarem formas de se magoar (o que foi significativo no nosso estudo, tendo-se verificado um grande aumento numa avaliação pós-pandémica). A internet também pode ser usada pelos executantes de CAL para comunicar a sua angústia, o que pode condicionar uma de duas atitudes pelos jovens que também o fazem: dissuadir a sua prática ou exaltá-la, levando à sua perpetuação. Desta forma, pensamos que deveria existir uma maior regulação destes conteúdos nas redes sociais e um maior controlo dos conteúdos visualizados pelos familiares e pelos clínicos que lidam com jovens que têm problemas de saúde mental, devendo ser abordado o tema do uso prejudicial da internet.

Em suma, consideramos que este trabalho apresenta importantes implicações para a prática clínica e educacional junto destes adolescentes.

6. Bibliografia

1. WHO. Adolescence Health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 (acedido em 2 de dezembro, 2023).
2. UNICEF. Adolescents: Investing in a safe, healthy and productive transition from childhood to adulthood is critical. 2022. <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/> (acedido em 2 de dezembro, 2023).
3. Pordata. População residente em Portugal: total e por grupo etário (2022). 2023. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grupo+etario-10> (acedido em 2 de dezembro, 2023).
4. Fonseca P. Adolescência. In: Oliveira G, Saraiva J. Lições de Pediatria Vol I 1.^a ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017:245–58.
5. Singh JA, Siddiqi M, Parameshwar P, Chandra-Mouli V. World Health Organization Guidance on Ethical Considerations in Planning and Reviewing Research Studies on Sexual and Reproductive Health in Adolescents. *J Adolesc Health* 2019; 64(4):427–9.
6. Dhaliwal R. How does the teenage brain work?. 2018. <https://www.whiteswanfoundation.org/life-stages/adolescence/the-working-and-development-of-the-teenage-brain> (acedido em 28 de janeiro, 2024).
7. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 449-461.
8. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet* 2012; 379(9834): 2373–82.
9. 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): 213–22.
10. Zhang M, Zhang Y, Kong Y. Interaction between social pain and physical pain. *Brain Sci Adv* 2019; 5(4): 265–73.

11. Cummings LR, Mattfeld AT, Pettit JW, McMakin DL. Viewing Nonsuicidal Self-Injury in Adolescence Through a Developmental Neuroscience Lens: The Impact of Neural Sensitivity to Socioaffective Pain and Reward. *Clin Psychol Sci* 2021; 9(5): 767–90.
12. Valencia-Agudo F, Burcher GC, Ezpeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *J Adolesc* 2018; 65(1): 25–38.
13. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018; 57(10): 733–41.
14. WHO. Adolescent Friendly Health Services: An agenda for change. 2002. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-02.14> (acedido em 3 de dezembro, 2023).
15. Marcdante KJ, Kliegman RM, Schuh AM. *Nelson Essentials of Pediatrics*. 9.^a ed. Elsevier, 2022.
16. Rahman F, Webb RT, Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2021; 88: 102048.
17. Florindo Salvador V, Gouveia-Pereira M, Simões B, Duarte E. Young adults who self-harm: Barriers to and facilitators of seeking help. *Psychiatry Res* 2023; 327: 115390.
18. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2(3): 223–8.
19. Zetterqvist M, Landberg Å, Jonsson LS, Svedin CG. The psychosocial consequences of covid-19 in adolescents with nonsuicidal self-injury. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2023; 17(1): 33.
20. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Rev Psicol E Saúde* 2019; 55–66.
21. Duarte TA, Paulino S, Almeida C, Gomes HS, et al. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112553.

22. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6: 10.
23. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJD, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(6): 667–77.
24. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics* 2018; 141(4): e20173517.
25. Gouveia-Pereira M, Duarte E, Gomes HS, da Silva CT, et al. Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry Res* 2022; 309: 114400.
26. WHO. Suicide. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (acedido em 10 de dezembro, 2023).
27. Barreto Carvalho C, Da Motta C, Sousa M, Cabral J. Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Rev Bras Psiquiatr* 2017; 39(3): 252–62.
28. Eurostat. Deaths by suicide down by almost 14% in a decade. 2023. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20230908-3> (acedido em 21 de dezembro, 2023).
29. Lidón-Moyano C, Wiebe D, Gruenewald P, Cerdá M, et al. Associations between self-harm and chronic disease among adolescents: Cohort study using statewide emergency department data. *J Adolesc* 2019; 72(1): 132–40.
30. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Artmed, 2021.
31. Banzer R, Haring C, Buchheim A, Oehler S, et al. Factors associated with different smoking status in European adolescents: results of the SEYLE study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26(11): 1319–29.
32. Burgess Dowdell E, Noel J. Risk Behaviors of High School Students Who Report Knowing Someone Who Self-Harms. *Issues Ment Health Nurs* 2020; 41(5): 415–20.

33. Korhonen T, Sihvola E, Latvala A, Dick DM, et al. Early-onset tobacco use and suicide-related behavior – A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addict Behav* 2018; 79: 32–8.
34. Sischka PE, Costa AP, Steffgen G, Schmidt AF. The WHO-5 well-being index – validation based on item response theory and the analysis of measurement invariance across 35 countries. *J Affect Disord Rep* 2020; 1: 100020.
35. Skegg K. Self-harm. *The Lancet* 2005; 366: 1471–83.
36. The WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403–9.
37. Tang Y, Ma Y, Zhang J, Wang H. The relationship between negative life events and quality of life in adolescents: Mediated by resilience and social support. *Front Public Health* 2022; 10: 980104.
38. Han L, Zhao S yu, Pan X ying, Liao CJ. The impact of students with left-behind experiences on childhood: The relationship between negative life events and depression among college students in China. *Int J Soc Psychiatry* 2018; 64(1): 56–62.
39. Grasdalsmoen M, Eriksen HR, Lønning KJ, Sivertsen B. Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry* 2020; 20(1):175.
40. Ferreira C, Barreto M, Oliveira S. The Link Between Major Life Events and Quality of Life: The Role of Compassionate Abilities. *Community Ment Health J* 2021; 57(2): 219–27.
41. Stop Abuse Campaign Corp. Adverse Childhood Experiences. <https://stopabusecampaign.org/take-your-ace/what-are-adverse-childhood-experiences/> (acedido em 23 de dezembro, 2023).
42. Hasking P, Andrews T, Martin G. The Role of Exposure to Self-Injury Among Peers in Predicting Later Self-Injury. *J Youth Adolesc* 2013; 42(10): 1543–56.
43. Martins MV, Formiga A, Santos C, Sousa D, et al. Adolescent internet addiction – role of parental control and adolescent behaviours. *Int J Pediatr Adolesc Med* 2020; 7(3): 116–20.

44. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE* 2017; 12(8): e0181722.
45. Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, Adrian MC, et al. Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. *BMJ* 2023; e070630.
46. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot* 1997; 12(1): 38–48.
47. Haris AM, Pitman A, Mughal F, Bakanaite E, et al. Harm minimisation for self-harm: a cross-sectional survey of British clinicians' perspectives and practices. *BMJ Open* 2022; 12(6): e056199.
48. NICE (National institute for Health and Care Excellence). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225> (acedido em 26 de dezembro, 2023).
49. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Arch Suicide Res* 2017; 21(1): 83–99.
50. Trinco ME, Santos JC. O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. *Rev Port Enferm Saúde Ment* 2017; Spe.5: 63-68.
51. Xavier A, Pinto Gouveia J, Cunha M. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence: The Role of Shame, Self-Criticism and Fear of Self-Compassion. *Child Youth Care Forum* 2016; 45(4): 571–86.
52. Guerreiro DF, Neves EL, Navarro R, Mendes R, et al. Clinical features of adolescents with deliberate self-harm: A case control study in Lisbon, Portugal. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009; 5: 611–7.
53. Mendes J, Patrício P, Martins M, Azevedo I, et al. Deliberate self-harm in adolescence: a cross-sectional study. *Nascer E Crescer - Birth Growth Med J*, 2019 (pre-print).
54. Nobre-Lima L, Barreira A, Castilho P. A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses. *Rev Psicol Criança e Adolesc* 2017; 8: 33-48.

55. Reis M, Gaspar S, Ramiro L, Oliveira ML, et al. Comportamentos Autolesivos nos Adolescentes: Resultados do estudo HBSC 2018. *Rev Psicol Criança e Adolesc* 2019; 10: 207-2017.
56. Duarte E, Gouveia-Pereira M, Gomes HS. Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatr Q* 2019; 90(4): 761–76.
57. Harris E. WHO Declares End of COVID-19 Global Health Emergency. *JAMA* 2023; 329(21): 1817.
58. OECD. Health at a glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing, 2022.
59. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, et al. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2021; 175(11): 1142.
60. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, et al. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res* 2021; 301: 113998.
61. John A, Eyles E, Webb RT, Okolie C, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research* 2021 (updated in 2023); 9:1097.
62. WHO. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1> (acedido em 5 de dezembro, 2023).
63. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Department Visits – A Descriptive Study. *Psychiatr Q* 2021; 92(2): 621–31.
64. WHO. Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5). 1998. https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Portuguese.pdf (acedido em 22 de dezembro, 2023).
65. Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos. Critérios para Atribuição de Idoneidade e Capacidades Formativas em serviços de Pediatria das Instituições de Colocação. 2020. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2011/11/CIF-Pediatria.pdf> (acedido em 6 de janeiro, 2024).

66. Pordata. Número de divórcios por 100 casamentos. 2023. <https://www.pordata.pt/portugal/numero+de+divorcios+por+100+casamentos-531> (acedido em 7 de janeiro, 2024).
67. Tao Y, Bi XY, Deng M. The Impact of Parent–Child Attachment on Self-Injury Behavior: Negative Emotion and Emotional Coping Style as Serial Mediators. *Front Psychol* 2020; 11: 1477.
68. Victor SE, Hipwell AE, Stepp SD, Scott LN. Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2019; 13(1): 1.
69. Patel DM, Simon MA, Taylor RM. Contagion of Violence: Workshop Summary. 2012. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/13489/contagion-of-violence-workshop-summary> (acedido em 9 de janeiro, 2024).
70. Insel BJ, Gould MS. Impact of Modeling on Adolescent Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(2): 293–316.
71. Breslau N, R. Schultz L, Johnson EO, Peterson EL, et al. Smoking and the Risk of Suicidal Behavior: A Prospective Study of a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 328-334.
72. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10. 5th ed. Geneve: WHO Press, 2016.
73. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4: 634–40.
74. Luijten MAJ, Van Muilekom MM, Teela L, Polderman TJC, et al. The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Qual Life Res* 2021; 30(10): 2795–804.
75. Paul E, Fancourt D. The interaction between social factors and adversities on self-harm during the COVID-19 pandemic: longitudinal analysis of 49 227 UK adults. *BJPsych Open* 2022; 8(1): e12.
76. Connolly JA, McIsaac C. Romantic Relationships in Adolescence. In: Lerner RM, Steinberg L. *Handbook of Adolescent Psychology*. John Wiley & Sons, Inc., 2009: 104-151.

77. Drubina B, Kökönyei G, Reinhardt M. Associations between non-suicidal self-injury and negative romantic relationship life events in male justice-involved adolescents. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1): 401.
78. Mossige S, Huang L, Straiton M, Roen K. Suicidal ideation and self-harm among youths in Norway: associations with verbal, physical and sexual abuse. *Child Fam Soc Work* 2016; 21(2): 166–75.
79. Heerde JA, Hemphill SA. Are Bullying Perpetration and Victimization Associated with Adolescent Deliberate Self-Harm? A Meta-Analysis. *Arch Suicide Res* 2019; 23(3): 353–81.
80. Paulus FW, Joas J, Gerstner I, Kühn A, et al. Problematic Internet Use among Adolescents 18 Months after the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Children* 2022; 9: 1724.
81. Jackman K, Honig J, Bockting W. Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *J Clin Nurs* 2016; 25(23–24): 3438–53.
82. Gato J, Leal D, Seabra D. When home is not a safe haven: Effects of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Gender Minorities in Portugal. *Psicologia* 2020; 34(2): 89–100.
83. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26(4): 387–402.
84. Governo de Portugal. Linha de apoio psicológico do SNS 24 já atendeu mais de 240 mil chamadas. 2023. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24-ja-atendeu-mais-de-240-mil-chamadas> (acedido em 12 de janeiro de 2024).
85. DGS. Aconselhamento psicológico no SNS 24. 2023. <https://www.sns24.gov.pt/servico/aconselhamento-psicologico-no-sns-24/> (acedido em 26 de dezembro, 2023).

7. Anexos

Anexo 1: Certificado de Comunicação oral na *8th International Conference on Childhood and Adolescence (ICCA)*.



CERTIFICATE

We certify that **Ana Rita Gomes Silvano Boinas** has participated, in the **8th International Conference on Childhood and Adolescence** and 11th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics from 24th to 26th January, 2024, in Peniche & online.

The Conference was promoted by eventQualia, Social Paediatrics Section of the Portuguese Society of Paediatrics (SPS-SPP) and Portuguese Society for the Study of Abused and Neglected Children (SpeCan), and presented a(n) **Oral Communication**, named: **Comportamentos autolesivos pré e pós-pandemia COVID-19 numa amostra de adolescentes**.

Authors: **Ana Rita Boinas; Marta Rodrigues; Joana Mendes; Jorge Gama; Ana Sofia Ferreira; Paula Carvalho**.

Pl'a Comissão Organizadora,
By the organising Committee,

Ivone Jacob
eventQualia

Carlos Escobar
SPS-SPP


ORGANISING ENTITIES



SPONSORED BY



Anexo 2: Consentimento livre e informado.

 Centro Hospitalar **Universitário** Cova da Beira, E.P.E.
Coilinda/Fundão

IMPRESSO
Consentimento livre e informado
Código: CHUCB.IMP.CINVEST.18 Edição: 3 Revisão: 2

(Nome do investigador), Ana Rita Gomes Silvano Boinas

(Instituição de origem do investigador), Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Comportamentos Autolesivos em amostra de Adolescentes da Cova da Beira - estudo comparativo pré e pós-pandemia", vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHUCB, EPE.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação:

- Avaliar a prevalência dos comportamentos autolesivos numa amostra de adolescentes que recorrem ao CHUCB
- Estudo comparativo da prevalência dos comportamentos autolesivos antes e após a pandemia por COVID-19 numa amostra de adolescentes que recorrem ao CHUCB
- Identificar fatores/ comportamentos protetores e de risco

CrITÉrios de inclusão: Adolescentes, com idade compreendida entre os 12 e os 18 anos de idade, que recorram às consultas, serviço de urgência e internamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira entre março e junho de 2023 e que aceitem participar no estudo.

CrITÉrios de exclusão: (1) a recusa em participar da investigação; (2) ter limitações intelectuais evidentes; e (3) estar sob o efeito de álcool ou drogas.

Nome do orientador: Paula Carvalho

Metodologia: Estudo descritivo, prospetivo e transversal com aplicação de questionário

Discriminação dos dados que irá colher: dados pessoais, estilos de vida, índice de bem-estar da OMS, situações que possam ter acontecido, última vez em que houve comportamentos autolesivos e opiniões.

Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo:„



serviço de urgência e internamento de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira entre março e junho de 2023.

Risco / Benefício da sua participação: Não se aplica

Previsão da duração da participação no estudo: 3 meses

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: Previsão de 160 pessoas

Contacto para esclarecimento de dúvidas: a41557@fcsaude.ubi.pt

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Ana Rita Boian

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Rita Boian

Assinatura do Aluno / Investigador

24 / 1 / 2023

Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;



*** Informa-se ainda:**

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade) Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

(Nome do Participante)

(Nome do Representante Legal)

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal)

___ / ___ / ___

Data



Anexo 3: Problemas de saúde referidos pelos jovens inquiridos e enquadramento por tipos de patologia (questão 7).

- 1 – Perturbação do neurodesenvolvimento, que inclui
 - PHDA (Perturbação da Hiperatividade e défice de atenção)
 - Autismo
- 2 – Patologia respiratória e alergológica, que inclui
 - Asma e bronquite asmática
 - Alergias
 - Rinite alérgica
 - Eczema/ dermatite atópica
- 3 – Patologia musculo-esquelética, que inclui
 - Escoliose
 - “Problemas nos pés” (sic)
 - Artrite reumatóide
- 4 – Patologia endócrina e metabólica, que inclui
 - HTA
 - Obesidade
 - Diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2
 - Dislipidemia
 - Hipotiroidismo e hipertiroidismo
- 5 – Patologia infecciosa, que inclui
 - Hepatites
- 6 – Patologia do sistema visual ou auditivo
 - Perda de visão, como por ex: visão monocular
 - Miopia
 - Astigmatismo
 - Otite
- 7 – Patologia do sistema digestivo ou genito-urinário, que inclui
 - Litíase renal
 - Hidronefrose
 - Síndrome de Gilbert
 - Doença de Crohn
 - Doença celíaca
- 8 – Patologia neurológica, que inclui
 - Síncopes vasovagais
 - Enxaqueca
 - Epilepsia

- Hidrocefalia
- Síndrome de Sudeck
- 9 – Patologia hematológica, que inclui
 - Anemia
- 10 – Défice de crescimento
- 11 – Não classificável
 - Cansaço
- 12 – Patologia cardíaca
- 13 – Perturbações da saúde mental, que inclui
 - Perturbações da ansiedade
 - Perturbações depressivas