



Relatório da investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de *coping*"

Autores:

Doutor Diogo Frasquilho Guerreiro
Professor Doutor Daniel Sampaio
Professora Doutora Maria Luísa Figueira

**Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia
Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina**

Lisboa, Setembro de 2014

1. Nota prévia

A presente investigação decorreu entre 2010 e 2013, no âmbito do doutoramento em Medicina, especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental, do Doutor Diogo Guerreiro e com orientação do Professor Doutor Daniel Sampaio e da Professora Doutora Luísa Figueira.

Foi aprovada pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (a 7/1/2010), pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (a 27/1/2010) e pelo Conselho de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte (a 16/6/2010).

Foi cofinanciada por fundos do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e do Ministério da Saúde, através do Programa de Formação Avançada em Investigação Clínica para Internos Doutorandos (Referência da bolsa FCT: SFRH/SINTD/60042/2009).

Os resultados da investigação foram publicados na forma de tese de doutoramento, cuja impressão foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa, em reunião de 29 de Janeiro de 2014. Tendo sido defendida em provas públicas a 29 de Abril de 2014 e aprovada por unanimidade, com distinção e louvor.

Os resultados foram ainda publicados sob a forma de artigos científicos, em revistas indexadas e com *peer review*:

- Guerreiro DF, Sampaio D, Rihmer Z, Gonda X, Figueira ML. Affective temperaments and self-harm in adolescents: A cross-sectional study from a community sample. *J Affect Disord*. 2013 Dec;151(3):891-8
- Guerreiro DF, Cruz D, Figueira ML, Sampaio D. Adaptation and psychometric proprieties study for the Portuguese version of the Adolescent Coping Scale – Escala de Coping para Adolescentes. *Acta Med Port* 2014 Mar-Apr;27(2):166-180.
- Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-harm in adolescents: a self-report survey in schools from lisbon, portugal. *Arch Suicide Res*. 2014; aceite para publicação (*in press*).
- Guerreiro DF, Figueira ML, Cruz D, Sampaio D. Coping strategies in adolescents who self-harm: a community sample study. *Crisis*. 2014; aceite para publicação (*in press*).

2. Breve contextualização

Comportamento autolesivo é definido como um "comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (ex: cortar-se, queimar-se); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância de recreio, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível".

A autolesão em adolescentes é hoje em dia considerada como o resultado final de complexas interações entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais.

Os comportamentos autolesivos na adolescência são um relevante problema de Saúde Pública. Apresentam elevada prevalência em amostras comunitárias e clínicas, estão associados a morbilidade psiquiátrica e a um aumento significativo do risco de suicídio consumado. Dados internacionais revelam que cerca de 10% dos adolescentes já terão tido pelo menos um episódio de autolesão ao longo da sua vida. A investigação, a identificação e a prevenção destes comportamentos são considerados prioritários nas políticas de saúde da União Europeia e de Portugal.

A presente investigação teve como objetivos identificar a prevalência de comportamentos autolesivos em adolescentes na zona da Grande Lisboa, caracterizar de forma pormenorizada estes comportamentos assim como os jovens que os realizam, explorar a sua associação a variáveis psicopatológicas, ao temperamento afetivo e às estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes.

Os procedimentos e as escolhas de instrumentos tiveram em conta dois critérios principais: a sua adaptação a estudos internacionais previamente realizados, de forma a tornar possível a comparação de resultados; e a sua facilidade de replicação.

3. Síntese da metodologia

A população alvo desta investigação foram adolescentes, entre os 12 e os 20 anos de idade, na altura no 8º, 10º ou 12º ano de escolaridade, que frequentavam escolas públicas da zona da Grande Lisboa.

Foram convidadas todas as escolas que incluíam turmas destes anos lectivos para participar, sendo que 14 concordaram em colaborar.

Realizou-se um estudo transversal, focando a realidade dos jovens durante o intervalo temporal de recolha da amostra (2º e 3º períodos do ano lectivo 2010/2011 e no 1º período do ano lectivo 2011/2012), observacional e analítico.

Utilizou-se um questionário anónimo, em contexto de sala de aulas, em que se pesquisaram: variáveis sociodemográficas; comportamentos de saúde; acontecimentos de vida negativos; presença e caracterização de comportamentos autolesivos (incluindo a sua tipologia, motivações subjacentes, presença de ideação suicida, premeditação e comportamentos de pedido de ajuda); presença de ideação autolesiva; opinião dos jovens acerca do tema; sintomas ansiosos e depressivos; padrões de temperamento afetivo; utilização de estratégias de *coping*. A aplicação do questionário foi realizada com todos os cuidados precavendo a confidencialidade dos jovens e com consentimento informado prévio por parte dos encarregados de educação.

Os dados foram recolhidos e analisados utilizando os procedimentos de análise estatística mais adequados.

4. Síntese dos resultados

Foi analisada uma amostra comunitária de 1713 adolescentes (entre os 12 e os 20 anos, com idade média de 16 anos, sendo 56% do sexo feminino), de 14 escolas públicas da área da Grande Lisboa. Na tabela 1 apresentam-se os dados demográficos da amostra estudada.

Tabela 1: Dados sociodemográficos da amostra

		Amostra do presente estudo (n=1713)
Género % (n)	Feminino	55.6 (953)
	Masculino	44.4 (760)
Idade (anos)	Média	15.6
	Desvio padrão	1.7
	Intervalo idades	12-20
Naturalidade %	Portugal	90.9
	América do Sul	3.3
	África	3.2
	Países europeus	2.1
	Outros	0.5
Tipologia familiar %	Nuclear	56.4
	Monoparental	17.7
	Alargada	8.0
	Instituição	0.3
	Outra	17.6
Ano escolar % (n)	8º ano	23.6 (404)
	10º ano	44.5 (763)
	12º ano	31.9 (546)
Insucesso escolar %	Nunca reprovou	72.8
	Reprovou uma vez	17.1
	Reprovou duas ou mais vezes	10.1

Verificou-se que 7,3% dos adolescentes já tinha apresentado pelo menos um episódio de comportamento autolesivo, calculando-se uma prevalência ao longo da vida de 10,5% para o sexo feminino e 3,3% para o sexo masculino. Aproximadamente metade (46%) apresentou mais do que um episódio de autolesão. Cerca de 6% da amostra relatou pensamentos de autolesão (sem o comportamento associado), sendo estes também mais frequentes no sexo feminino. Somando os jovens com comportamentos autolesivos com aqueles que apresentam

pensamentos de autolesão, concluiu-se que para 13,5% dos adolescentes da amostra os comportamentos autolesivos são ou poderão ser um potencial risco de saúde. A tabela 2 sintetiza os dados da dimensão do problema.

Tabela 2: Síntese de resultados relativos à prevalência de comportamentos autolesivos (CAL) e ideias de autolesão (n=1713).

A dimensão do problema
<ul style="list-style-type: none">• Prevalência de CAL ao longo da vida (total da amostra) = 7,3%<ul style="list-style-type: none">○ Mulheres = 10,5%○ Homens = 3,3%• Prevalência de CAL no último ano (total da amostra) = 4,1%<ul style="list-style-type: none">○ Mulheres = 5,7%○ Homens = 1,8%• Episódio único de CAL (total da amostra) = 3,9%<ul style="list-style-type: none">○ Mulheres = 5,5%○ Homens = 2%• CAL Recorrente (total da amostra) = 3,4%<ul style="list-style-type: none">○ Mulheres = 5%○ Homens = 1,3%• Prevalência de ideias de autolesão no último ano (total da amostra) = 6,2%<ul style="list-style-type: none">○ Mulheres = 9,5%○ Homens = 2,4%

Os resultados foram comparados com os de outras amostras europeias e australiana, que utilizaram metodologia e nomenclatura semelhantes, podendo esta comparação ser observada na figura 1. Nesta comparação é possível verificar que, no contexto das 8 populações, a amostra da presente investigação é a terceira com menor prevalência em ambos os géneros. No sexo feminino a amostra de adolescentes holandesa é a que apresenta menor prevalência (5,7%), seguindo-se a húngara (10,3%) e, finalmente, a amostra de Lisboa. No sexo masculino pode observar-se que novamente os jovens holandeses apresentam menor taxa de prevalência (2,4%), seguindo-se a amostra australiana (3,1%) e posteriormente a amostra em estudo. A proporção homem/mulher é bastante semelhante nas várias amostras em estudo (incluindo a de Lisboa) aproximando-se de 1 homem para cada 3 mulheres.

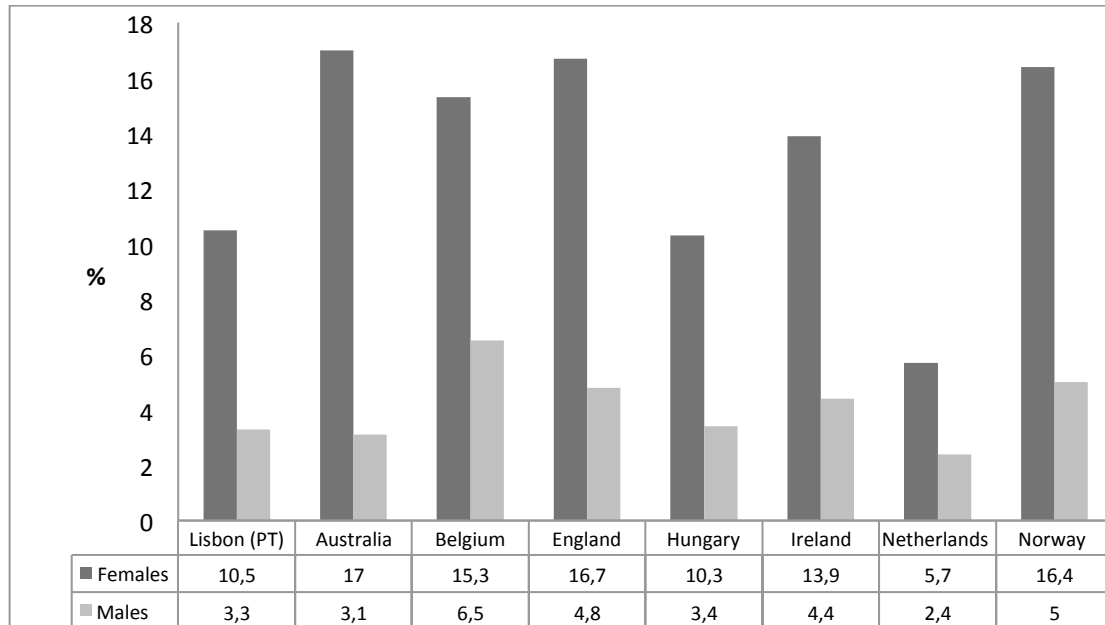


Figura 1: Comparação da prevalência ao longo da vida de comportamentos autolesivos com os resultados de outras amostras, que utilizaram metodologia semelhante.

A tabela 3 resume os resultados da caracterização do último episódio de autolesão, permitindo a observação dos métodos mais comuns, da premeditação do gesto (ou impulsividade na maioria dos casos), do contexto (local e influência de substâncias), das principais motivações apontadas pelos adolescentes e dos comportamentos de pedido de ajuda (*help-seeking behaviour*).

Dos resultados apresentados na tabela 3 destaca-se a escassez de comportamentos de pedido de ajuda. A grande maioria dos jovens com estes comportamentos negou ter falado com alguém ou ter pedido ajuda, permanecendo estes como comportamentos "secretos" e não detetados pelos serviços de saúde ou escolares. Na amostra em estudo só 19% dos jovens admitiu ter feito algum pedido de ajuda previamente ao comportamento autolesivo (sendo este preferencialmente dirigido a amigos ou familiares), sendo que posteriormente ao comportamento este valor sobe para 37%. Só 13% recorreu ao hospital após a autolesão, tal acontecendo sobretudo em casos de sobredosagens. De sublinhar também a impulsividade destes gestos, mais de 50% referem ter tomado a decisão de o fazer em menos de uma hora.

Nesta fase de caracterização foi também questionado se durante qualquer episódio de autolesão (não só o último) o jovem "pensou decididamente em morrer", tendo existido 42% de respostas afirmativas. Embora não seja possível inferir o risco de suicídio apenas com base nesta questão, a resposta afirmativa a este item alerta para a associação entre autolesão e ideação suicida.

Tabela 3: Síntese de resultados relativos à caracterização do último episódio de autolesão (n=125). CAL - comportamentos autolesivos.

Como ocorre a autolesão
<ul style="list-style-type: none"> • Método escolhido <ul style="list-style-type: none"> ○ Cortes superfície corporal = 64,8% ○ Sobredosagens = 18,4% ○ Combinação de cortes e sobredosagem = 6,4% ○ Outros métodos = 10,4% • Impulsividade/premeditação <ul style="list-style-type: none"> ○ Menos de 1 hora = 58,1% ○ Entre 1 hora a 1 dia = 14,5% ○ Entre 1 dia a uma semana = 5,6% ○ Mais de uma semana = 21,8% • Local escolhido <ul style="list-style-type: none"> ○ Casa = 87,1% ○ Escola = 17,7% ○ Outros locais públicos = 8,9% • Influência de substâncias <ul style="list-style-type: none"> ○ Álcool = 7,3% ○ Drogas = 4,8% • Principais motivações/razões apontadas <ul style="list-style-type: none"> ○ Ter alívio de um estado mental terrível = 59% ○ Querer castigar-se = 41% ○ Demonstrar desespero = 36% ○ Desejar morrer = 35% • Comportamentos de pedido de ajuda <ul style="list-style-type: none"> ○ Pedido de ajuda prévio = 19% (sobretudo família ou amigos) ○ Pedido de ajuda posterior = 37,3% (por ordem decrescente família, amigos, técnico de saúde ou professor) ○ Recurso ao hospital após CAL = 12,9% (na maioria casos de sobredosagens)

Na tabela 4 são apresentadas as principais variáveis sociodemográficas, de comportamentos de saúde e de eventos de vida negativos que mostraram associação com a presença de comportamentos autolesivos. A partir da observação desta tabela é possível obter-se um perfil do jovem "tipo" no qual poderá observar-se a presença destes comportamentos. De referir que o perfil de associação a estas variáveis é praticamente sobreponível para os adolescentes que apresentam apenas ideias de autolesão.

Tabela 4: Fatores sociodemográficos, de comportamentos de saúde e de eventos de vida negativos que mostraram associação aos comportamentos autolesivos (CAL).

Perfil dos jovens com comportamentos autolesivos
<ul style="list-style-type: none">• Sexo feminino<ul style="list-style-type: none">○ cerca de 3 vezes mais frequente• Tipo de família nuclear<ul style="list-style-type: none">○ negativamente associado• Reprovações escolares<ul style="list-style-type: none">○ associação positiva• Prática de exercício físico<ul style="list-style-type: none">○ negativamente associado, especialmente no sexo masculino• Consumo de tabaco<ul style="list-style-type: none">○ associação positiva• Consumo de bebidas alcoólicas (incluindo períodos de embriaguez)<ul style="list-style-type: none">○ associação positiva• Consumo de drogas<ul style="list-style-type: none">○ associação positiva• Acontecimentos de vida negativos<ul style="list-style-type: none">○ maior número de acontecimentos mostrou associação com CAL, sendo os principais:<ul style="list-style-type: none">▪ Exposição ao suicídio ou autolesão de outros - em ambos os sexos▪ Abuso físico ou sexual - em mulheres▪ Vítima de <i>bullying</i> - especialmente em homens▪ Dificuldades com amigos ou pares - em mulheres▪ Problemas com a lei - em ambos os sexos

Observou-se que a probabilidade de comportamentos autolesivos é significativamente maior no sexo feminino, naqueles que vivem noutro sistema familiar que não o nuclear e naqueles com maior insucesso escolar. Os jovens que relatavam autolesão apresentavam maior sintomatologia depressiva e ansiosa, assim como maiores taxas de consumo de álcool, de embriaguez, de consumo de tabaco e de utilização de drogas ilegais. Estes adolescentes apresentavam também maior número de acontecimentos de vida negativos, tendo-se destacado como variáveis preditoras independentes para ambos os sexos, a exposição à autolesão ou ao suicídio de outros e a presença de problemas com a lei. Ser vítima de *bullying* mostrou ser um fator preditor de autolesão no sexo masculino. Apresentar dificuldades com amigos e pares, assim como ter sido vítima de abuso físico ou sexual foram considerados importantes preditores para comportamentos autolesivos no sexo feminino.

Foi também verificada uma associação fortemente significativa entre a presença de comportamentos autolesivos e a existência de um temperamento afetivo dominante dos subtipos depressivo, ciclotímico e irritável. Podendo este ser considerado como um possível marcador de vulnerabilidade inata.

Observou-se também que os adolescentes que relatavam comportamentos autolesivos, quando comparados com os outros jovens, apresentavam um perfil distinto ao nível da utilização de estratégias de *coping*. Verificou-se que os primeiros utilizavam menos estratégias de resolução de problemas, menos estratégias que implicassem o pedido de apoio a outras pessoas e, por outro lado, apresentavam maior utilização de estratégias não produtivas, como o evitamento, a redução de tensão ou a autocrítica. Este perfil de utilização de estratégias de *coping* pode ser considerado como um fator de vulnerabilidade passível de modificação.

5. Conclusões principais e propostas de intervenção

Os comportamentos autolesivos em adolescentes das escolas públicas da Grande Lisboa apresentam uma prevalência muito relevante, devendo ser motivo de preocupação dos decisores na área da saúde dos jovens.

Apesar da limitação geográfica do estudo, que leva a que o mesmo não reflita a realidade nacional, dados prévios indicam que estamos perante um problema global a nível internacional e, provavelmente, também a nível nacional. Seria altamente relevante uma replicação do estudo em várias zonas do país, com o objetivo de obter uma amostra representativa da realidade nacional, levando à compreensão do verdadeiro peso do problema dos comportamentos autolesivos nos adolescentes em Portugal.

A figura 2 esquematiza a forma como as variáveis estudadas se integram. Esta figura retrata a complexidade e multiplicidade de variáveis a ter em conta na análise do problema em estudo. O facto de muitos destes já terem sido descritos em estudos prévios reforça a validade dos resultados da presente investigação e salienta quais os principais fatores a serem tomados em consideração perante jovens em risco para autolesão ou já com comportamentos autolesivos.

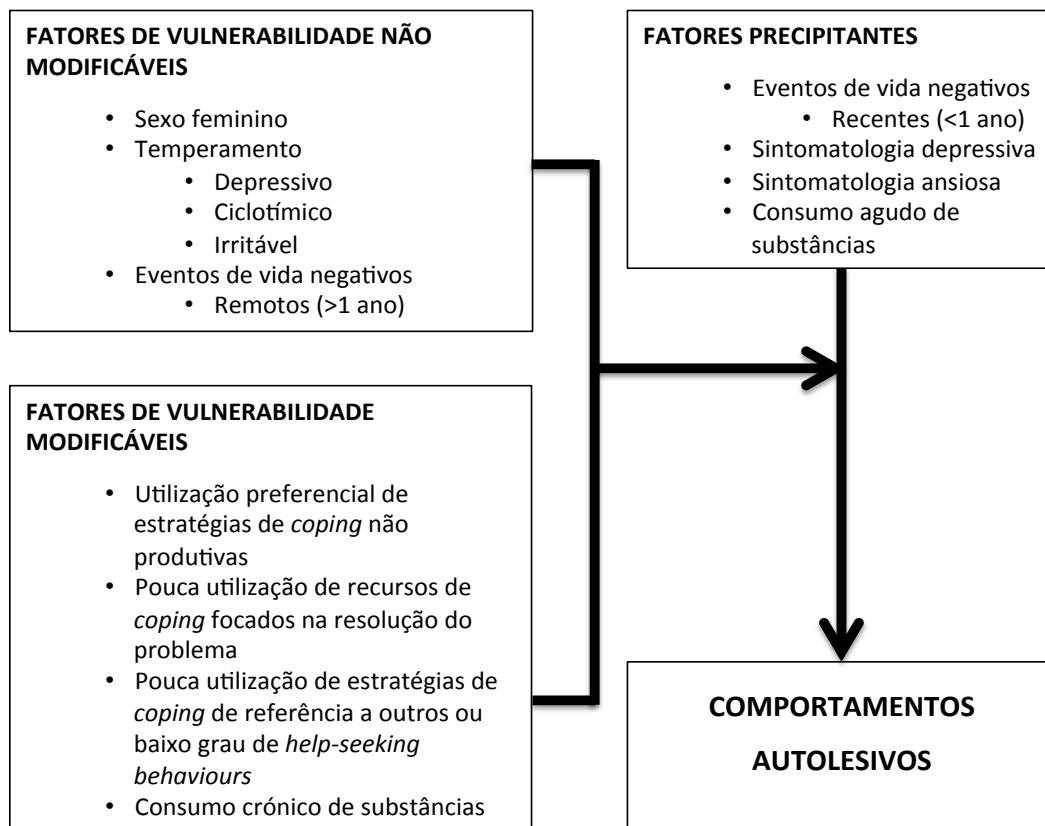


Figura 2: Proposta de integração dos principais fatores associados à autolesão na adolescência encontrados na presente investigação, baseada num modelo teórico de diátese-stress.

Destaca-se que em vários fatores que foram associados à autolesão em adolescentes existem possibilidades de intervenção, que poderão ser alvo de estratégias a nível clínico ou preventivo. Nomeadamente no que diz respeito aos consumos de substâncias, à sintomatologia depressiva e ansiosa e aos recursos a nível de estratégias de *coping*.

Por se tratar de um comportamento maioritariamente secreto, com escassos pedidos de ajuda, torna-se difícil a sua identificação e referenciação para os serviços de saúde, fator que deve ser tomado em consideração na criação de planos de prevenção nesta área.

Os autores consideram ser importante a criação de uma estratégia a vários níveis que inclua:

- Intervenções a nível escolar que conduzam a uma redução do estigma sobre a saúde mental e que promovam comportamentos de pedido de ajuda em situações de perturbação emocional;
- Formação dos profissionais escolares acerca dos comportamentos autolesivos, que permitam uma maior facilidade de identificação de jovens em risco, que capacitem os técnicos para lidar com estes jovens e que informem sobre o encaminhamento adequado a dar ao adolescente;
- Facilitação do acesso aos cuidados de saúde mental dos jovens em risco ou já com comportamentos autolesivos;
- Maior formação dos médicos dos cuidados de saúde primários e dos serviços de urgência na área da Suicidologia;
- Programas a nível escolar de treino de estratégias de *coping*;
- Maior divulgação do tema a nível social, sobretudo no sentido de desmistificar preconceitos e estigma associados, as barreiras mais óbvias ao acesso a cuidados de saúde;
- Maior capacitação dos serviços de saúde mental que tratam os adolescentes em aceder a tratamentos do foro psicossocial, assim como a estratégias que levem ao envolvimento do adolescente, da sua família e da sua comunidade;
- É também de salientar o papel que podem ter os Gabinetes de Apoio ao Aluno, que existem na maioria das escolas, como locais de reflexão e encaminhamento de casos seleccionados.

6. Referências bibliográficas

Carvalho A, Peixoto B, Saraiva CB, et al. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2013.

Cruz D. Viver com a vida, "morrer" com a vida: proteção e risco em trajetórias autodestrutivas na adolescência. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; 2013.

Ferreira Goncalves S, Martins C, Rosendo AP, et al. Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema* 2012;24:536-41.

Guerreiro, DF. Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.

Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Sau Pub* 2013;31:204-13.

Guerreiro DF, Cruz D, Frásquilho D, et al. Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: a critical review of the last 10 years' literature. *Arch Suicide Res* 2013;17:91-105.

Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.

Leo D, Burgis S, Bertolote JM, et al. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis* 2006;27:4-15.

Sampaio D. Ninguém morre sozinho—o adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.

Sampaio D, Oliveira A, Vinagre M, et al. Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica* 2000;2:139-55.

Santos N, Sampaio D. Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica* 1997;18:187-94.

Saraiva CB. Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte. 1ª ed. Coimbra: Redhorse; 2006.

Madge N, Hewitt A, Hawton K, 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;49:667-77.

Matos MG, Simões C, Tomé G, et al. A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL; 2012.

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.

World Health Organization. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva: WHO; 2005.