

Universidade da Maia – ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Estudo de validação do Inventário de Comportamentos
Autolesivos com adultos em contexto pandémico

Nádia Bruna Marques Neves, n.º 30450

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Carla Cunha

Setembro de 2022



Resumo

Os Comportamentos AutoLesivos (CAL) definem-se como um conjunto de comportamentos que têm como intuito provocar deliberadamente danos corporais aos próprios; porém, sem intenção suicida. Apesar deste ser um problema de saúde mental habitualmente associado a adolescentes e jovens adultos/as, estes comportamentos não se extinguem na idade adulta, apesar da reduzida literatura focada nesta faixa etária.

O Inventário de Comportamentos AutoLesivos (ICAL) é então uma medida de autorrelato que pretende avaliar a ocorrência destes comportamentos, desenvolvida e adaptada à população portuguesa por Duarte e Gouveia-Pereira (2018), estando atualmente validada para a população jovem.

O presente estudo tem como objetivo a validação do instrumento ICAL junto da população adulta portuguesa, assim como abordar a relação dos comportamentos autolesivos com a sintomatologia depressiva e ansiosa existente. Para isso, foi recolhida uma amostra de 2208 participantes em idade adulta, durante o período de Estado de Emergência Nacional, decorrendo da pandemia por Covid-19.

No presente estudo, o *alfa* de Cronbach apresentou valores de $\alpha=.82$ e $\alpha=.77$. para o ICAL.

Palavras-chave: Comportamentos AutoLesivos; Covid-19; Depressão; Ansiedade; Escala Psicométrica; Validação.

Abstract

According to the literature, Self-Injurious Behaviors are behaviors intended to cause harm to oneself without suicidal intent. These behaviors are a mental health issue usually associated with adolescents and young adults. Nevertheless, this condition prevails in adulthood, despite the scarcity of literature studying this age group.

The Inventory of Self-Injurious Behaviors is a self-report measure that aims to assess the occurrence of this type of behavior. The scale was adapted to the Portuguese population by Duarte e Gouveia-Pereira (2018) and validated for application to young age groups.

Hereupon the present study proposes the validation of the Inventory of Self-Injurious Behaviors for application to a broader Portuguese population and aims to determine the relationship between this mental health issue and the existent depressive and anxious symptomatology. Therefore, a sample of 2208 adult participants living through the national state of emergency during the Covid-19 pandemic was considered.

In the present study, Cronbach's *alfa* presented values of $\alpha=.82$ and $\alpha=.77$. for the ICAL.

Keywords: Self-Harming Behaviors; Covid-19; Depression; Anxiety; Psychometric Scale; Validation.

Índice

Resumo	i
Abstract.....	ii
Lista de Abreviaturas.....	v
Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	3
Definição e contextualização dos comportamentos autolesivos.....	3
O presente estudo.....	13
Capítulo II – Estudo empírico	14
Objetivos e Questões de Investigação.....	14
Participantes.....	15
Medidas.....	16
Questionário Sociodemográfico.....	16
Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL).....	17
O Questionário de Saúde do Paciente	18
Escala de Ansiedade Generalizada.....	19
Procedimentos.....	20
Recolha de dados	21
Procedimentos de análise de dados	21
Resultados.....	22
Análise fatorial exploratória	33

Análise fatorial confirmatória	38
Discussão	44
Conclusão	52
Referências	54

Lista de Abreviaturas

APA - American Psychological Association

CAL – Comportamentos Autolesivos

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM -5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

ICAL – Inventário de Comportamentos Autolesivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPB – Perturbação de Personalidade Borderline

WHO – World Health Organization

Introdução

Atualmente, e essencialmente nos últimos 20 anos, assistimos a um acréscimo de interesse e consequente pesquisa empírica em torno dos comportamentos autolesivos, tratando-se este de um problema de saúde pública que tem vindo a manifestar-se de uma forma mais evidente (Duarte et al., 2019).

A dificuldade em definir uma nomenclatura que abranja ou restrinja o que poderá ser considerado um comportamento autolesivo (CAL) torna-se uma desvantagem. Até há relativamente pouco tempo, os CAL eram quase exclusivamente associados a patologias do foro psicológico, nomeadamente perturbações de personalidade, como é o caso da perturbação de personalidade borderline. Estes tipos de comportamentos eram considerados e definidos como sintomatologia associada à patologia específica e não como uma problemática independente do diagnóstico psicopatológico.

Além disso, os CAL são comumente associados à faixa etária que abrange jovens e adolescentes, o que revela uma limitação relacionada com a literatura vigente. Nesse sentido, torna-se crucial que haja uma expansão de conhecimento com o propósito de perceber o que acontece na faixa etária adulta, seja para compreender se existe uma continuidade dos CAL realizados na adolescência ou, com que frequência se iniciam estes padrões comportamentais na idade adulta, e associados a que fatores.

Poucos são os estudos que abordam especificamente os CAL na idade adulta, quer seja em indivíduos com historial prévio destes comportamentos, ou não. Assim sendo, são também limitados os instrumentos existentes validados para adultos que permitam avaliar a existência destes comportamentos desadaptativos.

A presente dissertação divide-se essencialmente em dois capítulos. O primeiro capítulo envolve uma revisão de literatura com o propósito de conceptualizar e caracterizar os comportamentos autolesivos, assim como a influência da Covid-19 e do confinamento no seu surgimento/agravamento. O segundo capítulo, consiste num estudo empírico de validação do Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL), uma medida encarregue pela avaliação da prática dos variados comportamentos autolesivos, numa população em idade adulta e sujeita a um confinamento domiciliário, subjacente ao Estado de Emergência Nacional (Diário da República n.º 66/2020, 2º Suplemento, Série I de 2020-04-02), tendo em conta o contexto pandémico vivenciado em Portugal durante o ano de 2020.

Capítulo I – Enquadramento teórico

Definição e contextualização dos comportamentos autolesivos

Nos últimos 20 anos, os comportamentos autolesivos (CAL) emergiram como uma preocupação em questões de saúde pública a um nível global (Klonsky, 2014; Rodham & Hawton, 2009). Ainda que seja atualmente uma problemática comum, continua, porém, um fenómeno mal compreendido (Klonsky e Muehlenkamp, 2007).

Os comportamentos autolesivos, terminologia que será utilizada neste estudo, definem-se como comportamentos autodestrutivos, deliberados, que procuram infligir direta e intencionalmente danos ou dor física para os próprios, sem que exista uma intenção propositada de causar a morte (International Society for the Study of Self-injury, 2018). É comum que estas experiências tomem lugar em momentos de extremo stress (Skinner et al., 2016).

Até 2009, os comportamentos autolesivos inseriam-se no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM) como apenas um critério na perturbação de personalidade borderline (PPB) (American Psychiatric Association, 2014). No entanto, a investigação existente na altura levantava questões como a atribuição de diagnósticos de Perturbação de Personalidade Borderline (PPB), perturbações de ansiedade ou bulimia nervosa a indivíduos que sejam indicados com CAL (Klonsky, Glenn, Styer, Olin & Washburn, 2015) ou, a limitação nos tratamentos de indivíduos que pratiquem CAL, mas que não sejam diagnosticados com qualquer outra perturbação.

Por esse motivo, Shaffer e Jacobson (2009) surgem com a proposta de inclusão dos CAL no DSM-V, manifestando a importância clínica de um diagnóstico distinto, que promova uma melhor compreensão e, por conseguinte, um melhor e mais especializado tratamento para indivíduos com CAL (Andove, 2014). No entanto, os CAL apenas foram

incluídos com a condição de se desenvolverem mais estudos que permitam uma maior precisão no conjunto de critérios, que permitirá que este se torne um diagnóstico oficial (APA, 2014).

A ausência de uma terminologia consistente, abre a porta a um vasto número de termos que durante os anos foram surgindo na tentativa de definir este tipo de auto-agressão, tais como: *deliberate self-harm* (Pattison e Kahan, 1983), *self-wounding* (Tantam e Whittaker, 1992), *moderate self-mutilation* (Favazza e Rosenthal, 1993), *self-mutilation* (Ross e Heath, 2002), violência autoinfligida, parassuicídio, entre outros (Cipriano et al., 2017; Duarte, 2018).

As oscilações surgem, também, associadas à possível existência de intenção suicidária ou, noutro prisma, à diferenciação entre comportamentos autolesivos e comportamentos suicidários. Embora ambos se definam como comportamentos que têm como propósito o dano físico autodirigido, existem diferenças clínicas que concernem a etiologia, funções, métodos e curso dos mesmos (Cipriano et al., 2017).

Por outro lado, estes poderão ter alguma influência nos comportamentos suicidários. A habituação à dor, ou a maior proximidade com a letalidade poderá desempenhar um papel significativo no aumento do desejo de colocar um fim à vida, no entanto, as condições sob as quais os CAL estão ligados a comportamentos suicidas ainda não são claras (Zielinski et al., 2017). Joiner (2006) apresenta um modelo de comportamento suicida, onde assume que os comportamentos autolesivos, variando a sua frequência, forma e severidade, poderão ser indicadores interessantes para o suicídio. Os CAL e os comportamentos suicidas parecem compartilhar fatores de risco comuns, além de que indivíduos com CAL são capazes de adquirir ao longo do seu percurso, uma maior capacidade de se envolverem em comportamentos mais severos e, com isto,

comportamentos de alta letalidade, aproximando-se do suicídio. (Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008)

Um estudo realizado em 2017 sugere ainda que indivíduos que tenham iniciado comportamentos autolesivos numa fase precoce da sua vida (antes dos 12 anos) apresentavam CAL mais severos, um maior número de métodos utilizados, mais idas às urgências hospitalares, tendo sido considerados mais propensos a ter um plano suicida.

No entanto, numa análise da literatura neste âmbito fica claro que a grande percentagem de indivíduos que pratica CAL não evidencia qualquer intenção suicida (Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji, & McCloskey, 2017). Porém, apesar dos CAL não terem como fim a intencionalidade de causar a morte, esta poderá decorrer ainda de forma não intencional, tendo em conta os meios utilizados para o efeito (Kruzan, Whitlock & Hasking 2020).

Nesse sentido, e mesmo identificados como dois conceitos diferenciados, os CAL têm dado provas de que poderão servir de preditores para futura sintomatologia depressiva e comportamentos suicidários posteriores (Hamza et al., 2021; Wilkinson et al., 2011 cit in Burke et al., 2021). É importante por isso reforçar a relevância da monitorização da ideação suicida ao trabalhar com indivíduos, essencialmente adolescentes, que praticam CAL, não só a fim identificar o aumento do risco de suicídio neste grupo de risco, assim como, potencialmente, prevenir estas mesmas tentativas de suicídio (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007).

Apesar do crescente interesse na matéria, continua a não existir um consenso, baseado em evidencias, que permita compreender os fatores que originam, promovem e mantêm estes padrões comportamentais (Chapman et al., 2006). Tendo em atenção as informações anteriores, e tendo por base o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013), irá ter-se em conta os comportamentos autolesivos como comportamentos com

ou sem intencionalidade suicida. Outra das razões concerne a última questão do inventário que está proposto validar, onde se questiona a intencionalidade dos CAL.

Poderá justificar-se este aumento na literatura sobre a matéria, relacionado com a necessidade de justificar a inclusão dos CAL no DSM-V, assim como o evidente aumento desta problemática. Swannel et al. (2014), num estudo que pretendia a revisão da literatura, confirmou taxas de CAL de 12,2% em adolescentes, 13,4% em jovens e 5,5% em adultos. Não obstante as diversas divergências que surgem quando a temática são os comportamentos autolesivos, é unanime que estes comportamentos sejam iniciados na adolescência, sendo a faixa onde existe uma maior prevalência do comportamento, juntamente com os jovens adultos (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Estimando-se que dê início por volta dos 12 anos, sendo escassos os estudos que tenham abordado idades inferiores (Kirchner et al., 2011; Barrocas et al., 2012; Sornberger et al., 2012 cit in Cipriano et al., 2017).

Um estudo realizado em 2014 (Swannell et al.) estimou que cerca de 13% dos jovens adultos, considerando as idades dos 18 aos 24, já realizaram comportamentos autolesivos em algum momento das suas vidas. Sendo que em populações mais jovens esta taxa poderá elevar-se até aos 37% e em adultos até 6% (Jacobson e Gould, 2007; Gillies et al., 2018; Swannell et al., 2014). Por sua vez, e como é esperado, em contextos clínicos a percentagem de jovens com CAL poderá estender-se até aos 67% (Wolff et al., 2013). Assim, verifica-se que quase uma em cada cinco pessoas pratica CAL em algum momento da sua vida, geralmente durante a adolescência (Klonsky, 2011; Whitlock et al., 2006).

Os métodos mais comumente referidos são: cortar e arranhar, mais evidenciados pelo sexo feminino (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Laye-Gindhu & Shonert-Reichl, 2005; Rodham, Hawton, & Evans, 2004); assim como queimar e bater em si mesmo, mais

evidenciados pelo sexo masculino (Cerutti et al., 2011; Madge et al., 2011; Madge et al., 2008; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007; Ross & Heath, 2002). (Veiga et al., 2019). Consequentemente, estes comportamentos podem acarretar cicatrizes permanentes ou até desfigurações corporais visíveis (Lewis, 2016 cit in Kruzan, Whitlock & Hasking, 2020)

A literatura existente parece evidenciar a prevalência do sexo feminino nos comportamentos autolesivos; no entanto, alguns estudos realizados não corroboram os factos, revelando dados contraditórios. Existe ainda quem refute a ideia propondo explicações que levem a estes valores, tais como: a possível representatividade em excesso do sexo feminino; assim como a vulgar associação dos CAL aos “cortes”, comportamento mais frequentemente utilizado por mulheres (Cipriano et al., 2017).

Um estudo realizado em 2016 no Canada, mostra que desde 1994 as taxas de hospitalização por Comportamentos Autolesivos são em 62% dos casos representadas pelo sexo feminino. Mais concretamente, entre os adolescentes a diferença entre os géneros chega a triplicar evidenciando mais as mulheres, o que se mantém até aos 45-49, altura em que os CAL vão reduzindo ao longo da vida. Por sua vez, é a partir dos 75 anos que a tendência se inverte, realçando mais o sexo masculino (Skinner et. al, 2016).

Os estudos existentes que se direccionam para a população adulta, referem-se na maioria das vezes a jovens adultos, sendo as amostras essencialmente recolhidas em contextos académicos, o que determina um genérico específico de indivíduos em situações mais equivalentes (Cipriano et al., 2017).

Apesar dos CAL serem significativamente mais reduzidos na população adulta, as taxas de suicídio consumado são mais altas, baseando-se na teoria de que em idades mais avançadas os comportamentos que são adotados têm tendência a ser mais perigosos e com uma maior probabilidade de terminar em morte (Segal, et al., 2016).

Um estudo realizado na Austrália com adultos hospitalizados devido a comportamentos autolesivos, expôs que os mesmos tinham altas taxas de sintomatologia depressiva, assim como, permaneciam mais tempo no hospital, tendo ainda uma taxa de mortalidade mais alta do que pacientes mais jovens, nos mesmos contextos (Marriott, et al., 2003).

Indivíduos que praticam CAL têm por norma sintomatologia depressiva mais evidenciada do que indivíduos que não o praticam, além de que, aqueles com sintomatologia CAL mais recorrente, têm igualmente uma maior sintomatologia depressiva e acredita-se que correm um maior risco de desenvolverem comportamentos suicidas posteriores (You et al., 2011; Mars et al., 2014; Nock et al., 2006).

As teorias existentes são unidas pela ideia de que os indivíduos utilizam os CAL como forma de escapar, administrar ou regular as suas emoções (Chapman et al., 2006). Acredita-se que um dos motivos por trás dos CAL remete para as dificuldades de regulação emocional, estando não só relacionado com os momentos de início dos mesmos, mas com a regularidade com que os mesmos se repetem (Armey, Crowther, & Miller, 2011; Jenkins & Schmitz, 2012; Klonsky, 2009 cit in Lewis 2015).

Por outro lado, os CAL estão associados a diversas dificuldades psicológicas, incluindo depressão e ansiedade (Klonsky et al., 2011). Adolescentes que praticam CAL tendem a ter mais altos níveis de ansiedade, assim como mais confrontos pessoais ao longo do dia (Veiga et al., 2019).

Uma das medidas de autorrelato mais comumente utilizadas é o Inventário de Comportamentos Autolesivos (ISAS; Klonsky, 2009). No entanto, o referido instrumento encontra-se apenas validado para a população de adolescentes e jovens adultos, faixa etária comumente associada aos CAL. Este é um instrumento cujo objetivo pretende avaliar a ocorrência, ou não, de comportamentos autolesivos, assim como a sua

frequência. O ICAL é constituído por duas partes, sendo que a primeira parte procura responder à prevalência e frequência dos comportamentos autolesivos, pedindo aos participantes que identifiquem os CAL que praticam, assim como o número de vezes que foi realizado (uma vez, duas a dez, ou mais de dez vezes). A segunda parte, dá lugar a perguntas adicionais que avaliam fatores descritivos e contextuais, através de questões abertas. Neste estudo, apenas será utilizada e validada a primeira parte do instrumento, traduzido e validado por Duarte (2018).

Como em várias esferas dos comportamentos autolesivos, não existe um consenso quanto à categorização destes comportamentos, procurando um agrupamento dos itens que origina distintos fatores consoante a severidade dos CAL, o que é muitas vezes discutível, existindo autores que preferem agrupar os comportamentos autolesivos pela sua função (Palma, 2018).

A validação de Duarte (2018) sugere uma categorização dos comportamentos autolesivos por severidade. Nesse sentido, apresenta uma categorização organizada por fatores, nomeadamente: Fator 1, Comportamentos autolesivos Severos e Tentativas de Suicídio (CALSTS), que corresponde aos itens *Cortei-me*, *Queimei-me*, *Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar*, *Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar*, *Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer* e *Tentei suicidar-me*; Fator 2, Comportamentos Autolesivos Leves/Moderados (CALLM), englobando os itens *Mordi-me*, *Puxei/Arranquei cabelo*, *Cocei/Arranhei-me*, *Espetei-me com agulhas* e *Bati em mim próprio*; por último, o terceiro fator, remete ao Consumo de Substancias Psicoativas (CSP) incluindo o item *Consumi Drogas com intenção de me magoar* e o item *Bebi em Excesso com a intenção de me magoar*.

As qualidades psicométricas deste instrumento na sua versão portuguesa têm apresentado uma boa consistência interna, com intervalos de valores de *alfa* de .67 a .82 (Palma, 2020; Duarte 2018).

Comportamentos autolesivos e confinamento decorrente da pandemia por Covid-19

Em dezembro de 2019, surgiu um vírus denominado de Covid-19, tendo tido origem na cidade de Wuhan, China (OMS, 2020). Foi em março do ano seguinte que a OMS declarou a Covid-19 uma emergência de saúde pública (OMS, 2020) e, consequentemente, uma pandemia. A instrução a um nível mundial orientou para o fecho de locais de convívio, encontros sociais, incluindo escolas, ginásios e restaurantes. No seguimento das medidas tomadas, o isolamento domiciliário e a quase inexistência de contacto social fora do núcleo familiar passou a ser a realidade para milhões de indivíduos em todo o mundo e incluindo em Portugal. As mudanças inesperadas no estilo de vida e rotina da população trouxeram repercussões inimagináveis na qualidade de vida, perda de suporte emocional, isolamento extremo, sentimentos de abandono e medos associados à contração do vírus, tomando proporções desmedidas (Sapara et al., 2021).

Vários estudos pré-COVID-19 revelam uma associação entre stressores psicossociais com o aumento de ansiedade, sintomas depressivos, comportamentos autolesivos e ainda desejos de morte (Bodner et al., 2017; Bostwick & Pankratz, 2000; McIntyre & Lee, 2020; Monteith et al., 2021 cit in Agyapong, 2020).

Na China, um estudo que contou com a participação de quase 43 mil pessoas numa fase muito inicial do confinamento, realizado com o intuito de reportar o sofrimento psicológico da população durante esse período, reconheceu que 35% dos participantes apresentaram problemas psicológicos significativos (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020). Ainda na China, Huang e Zhao (2020), numa amostra com cerca de 7 mil

participantes, apresentaram valores semelhantes, com resultados de 35,1% de sintomatologia ansiosa e 20,01% de sintomatologia depressiva, tendo em conta o mesmo período.

Além de se fazer representar de uma maneira mais evidente no preenchimento do questionário, o sexo feminino, como comumente observado na literatura, parece ser o mais impactado por este período em questões de saúde mental. O estudo demonstra ainda que as maiores taxas de stress foram observadas na faixa etária dos 18 aos 30 anos, assim como dos maiores de 60 anos (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020; Huang e Zhao, 2021). Estar casado e ser estudante, apresentam-se igualmente como dois fatores sociodemográficos mais vulneráveis tendo em conta a saúde mental.

Em Alberta, no Canadá, um projeto que previa o apoio à comunidade através do envio de mensagens diárias alusivas à saúde mental, durante o confinamento, integrou igualmente uma série de questionários de triagem com o propósito de identificar e avaliar o bem-estar psicológico dos incluídos, tendo por base o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Os resultados obtidos revelaram que cerca de 9,6% dos intervenientes expressaram desejos passivos de morte e/ou pensamentos alusivos a comportamentos autolesivos em mais de metade dos dias, sendo que 1,8% experienciou estes pensamentos em quase todos os dias. Em comparação com os dados estatísticos já existentes, pré-Covid-19, os relatos atuais revelam efetivamente valores superiores.

Além disso, aqueles que foram submetidos à “quarentena” por contrair o vírus, tiveram maiores níveis de pensamentos ou comportamentos autolesivos do que os outros indivíduos. Indo de encontro à literatura existente, aqueles que evidenciaram mais pensamento suicidas/pensamentos alusivos a comportamentos autolesivos demonstram ser solteiros ou divorciados, desempregados e indivíduos com maior ocorrência de sintomas depressivos e stressores psicossociais (Agyapong, 2020; Daly et al, 2021).

Nos Estados Unidos, um estudo que contou com 2.534 estudantes universitários mostrou que os mesmos sofreram impactos negativos na sua saúde mental, mais uma vez, com especial impacto no sexo feminino (Browning et al., 2021). Em paralelo, um estudo realizado numa faculdade portuguesa, identificou o aumento de níveis de ansiedade nos estudantes universitários após o surto por COVID-19, com igual ênfase nas mulheres, apresentando uma relação positiva entre a intolerância à incerteza, responsável por 29.9% da variância da sintomatologia ansiosa. Através do instrumento GAD-7, foi reportada uma média de sintomatologia depressiva de $M=8.31$ (Bordadágua, 2021).

Um estudo realizado na segunda semana de confinamento em Itália, em contexto COVID-19, parece corroborar uma associação entre o facto de se ser mulher e uma maior vulnerabilidade a eventos stressores nas suas vidas, relatando maior disfunção nas tarefas diárias, saúde mental e física do que os homens, apresentando um maior sofrimento psicológico. No total de 190 participantes, 38% apresentava alterações na sua saúde mental, sendo que destes 66,8% eram mulheres. Além das mulheres, o grupo de participantes que não era casado (solteiros/as, divorciados/as, viúvos/as) representavam 70% dos participantes com valores mais significativos de sintomatologia (Moccia, Janiri, & Pepe, 2020).

Por sua vez, existem estudos que contrariam os dados generalizados face ao sexo feminino e a sua vulnerabilidade neste contexto. Um estudo realizado no Brasil, revela o sexo masculino como aquele que mais pontuou quer em sintomatologia depressiva ($M=56.3$) e ansiedade ($M=53.5$) face às mulheres em ambos os fatores ($M=47.6$ / $M=45.0$) (Oliveira et al., 2022).

Apesar de começarem a surgir estudos que relacionem o estado mental da população face à pandemia por Covid-19, semelhante ao que se observava em contexto

pré-Covid, continua a existir uma carência de investigação que assente nos comportamentos autolesivos em adultos.

O presente estudo

As medidas atualmente existentes desenvolvidas para avaliação dos comportamentos autolesivos são, na maioria das vezes, desenvolvidas para dar resposta à população jovem, sendo aquela a que mais frequentemente se associam estes comportamentos.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo principal (a) a validação do Inventário de Comportamentos Autolesivos (CAL) junto de uma amostra de adultos portugueses em contexto de pandemia mundial por Covid-19. Até agora, este instrumento apenas se encontra validado para esta população com amostras de adolescentes portugueses (Duarte, 2018), pelo que a extensão desta validação para outras faixas etárias será um dos contributos inovadores deste estudo. Por outro lado, também se pretende neste estudo (b) a caracterização da prevalência dos CAL durante o período de confinamento ao qual os indivíduos foram sujeitos, tendo em conta igualmente os fatores sociodemográficos, assim como (c) perceber se existe uma relação entre estar ou não em período de confinamento tendo em conta a sintomatologia depressiva, ansiosa e os CAL.

Capítulo II – Estudo empírico

Objetivos e Questões de Investigação

A presente investigação tem como propósito contribuir para a validação do Inventário dos Comportamentos Autolesivos (CAL), através da análise de uma amostra de participantes em idade adulta, sujeitos a um período de confinamento durante a pandemia por Covid-19. Nesse sentido, serão realizadas duas análises fatoriais (exploratória e a confirmatória), na qual se esperam encontrar boas qualidades psicométricas evidenciadas por parte deste instrumento, numa amostra da população adulta portuguesa.

Além disso, pretende-se caracterizar a prevalência e frequência dos comportamentos autolesivos evidenciados pela amostra, quer no último ano, quer durante os últimos 14 dias do período de confinamento, bem com outras dimensões, como o nível de sintomatologia ansiosa e depressiva.

Deste modo, procura-se responder às seguintes questões de investigação:

1. Que comportamentos autolesivos foram evidenciados nesta amostra de adultos/as e em que determinados grupos sociodemográficos dos participantes?
2. Durante o período de confinamento por pandemia de Covid-19 evidenciou-se um aumento global dos comportamentos autolesivos, face aos reportados no último ano?
3. Aqueles que se encontravam em período de confinamento apresentam diferenças estatisticamente significativas de sintomatologia depressiva, ansiosa e CAL face aos restantes?

Participantes

Os participantes deste estudo pertencem a uma amostra obtida por conveniência (amostragem não probabilística), recolhida por Moutinho (2020), através da divulgação de um questionário nas redes sociais, nomeadamente *Facebook*, *Instagram* e *LinkedIn*.

A amostra é composta por um total de 2202 participantes em idade adulta, pertencendo a maioria, 85,3%, ao sexo feminino (1879 participantes), 1 participante não binário, pertencendo os restantes 14,6% ao sexo masculino (322 participantes). A média de idade dos participantes situa-se nos 39,65 anos ($DP = 12,148$), com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos. Da amostra total, 30,6% reside na região norte ($n=674$), 27,3% na região centro ($n=601$), 19,2% na região de Lisboa ($n=422$), 3,9% na região do Alentejo ($n=135$), 6,1% na região do Algarve ($n=135$), 11,0% na região dos Açores ($n=242$) e na 1,9% na região da Madeira ($n=42$). No que se refere ao estado civil, 39,1% dos participantes eram casados ($n = 861$), 31,8% eram solteiros ($n = 701$), 17,5% viviam numa união de facto ($n = 386$), 9,6% estavam separados ($n=212$) e 1,9% eram viúvos ($n=42$) (ver Tabela 1).

Tabela 1*Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas*

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Sexo	Feminino	1879	85,3%
	Masculino	322	14,6%
	Não binário	1	,0%
Idade	18 – 35 anos	833	37,8%
	36 – 50 anos	974	44,2%
	51 – 64 anos	327	14,9%
	65 anos ou mais	68	3,1%
Zona de residência	Norte	674	30,6%
	Centro	601	27,3%
	Lisboa	422	19,2%
	Alentejo	86	3,9%
	Algarve	135	6,1%
	Açores	242	11,0%
	Madeira	42	1,9%
	Solteiro/a	701	31,8%
Estado civil	Em união de facto	386	17,5%
	Casado/a	861	39,1%
	Separado/a	212	9,6%
	Viúvo/a	42	1,9%
Ocupação atual	Estudante	201	9,1%
	Trabalhador/a estudante	102	4,6%
	Trabalhador/a	1556	70,7%
	Desempregado/a	223	10,1%
	<i>Lay-off</i>	4	0,2%
	Baixa médica	15	0,7%
	Reformado/a	100	4,5%
	Outro/Sem resposta	1	,0%

Medidas***Questionário Sociodemográfico***

Um questionário sociodemográfico elaborado por Cunha (2015) teve como objetivo a recolha de informação que permita a caracterização dos participantes (Tabela 1). O questionário divide-se em duas partes, sendo que a primeira parte dá resposta a informações relativas a variáveis demográficas como sexo, idade, estado civil,

escolaridade e situação laboral, deixando o intitulado historial de doenças e tratamentos a recolha de informações relativas a variáveis relacionadas com a saúde física e mental dos sujeitos, na segunda parte.

Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL)

O *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)*, foi originalmente desenvolvido por Klonsky e Glenn (2009). Sendo denominado de Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL), em português, este instrumento foi adaptado e posteriormente validado para a população portuguesa por Duarte, Gouveia-Pereira e Sampaio (2018), destinando-se originalmente a adolescentes e jovens adultos.

A adaptação foi elaborada tendo em conta a primeira secção do *ISAS* e, com o intuito de melhor se adaptar à população alvo, foram reformulados alguns dos comportamentos enumerados no inventário, além de que, adicionada uma parte reservada a questões abertas. Assim sendo, o ICAL consiste num instrumento de autopreenchimento cujo objetivo se centra em avaliar a existência, ou não, de comportamentos autolesivos em jovens. Para isso, o inventário divide-se em duas partes. A primeira parte engloba uma escala composta por 13 métodos de autolesão, tais como, por exemplo: cortei-me, mordi-me, consumi drogas com a intenção de me magoar, bati com o corpo ou bati em mim próprio, ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. As respostas são avaliadas através de uma escala tipo Likert, onde as opções variam entre “Não”, “Sim, 1 vez”, “Sim, 2 a 10 vezes” e “Sim, mais de 10 vezes”. Enquanto o estudo original questiona os participantes sobre os CAL realizados ao longo da vida, para o estudo de Moutinho (2020), foi especificamente solicitado aos participantes que identificassem os CAL em dois períodos distintos, nomeadamente “no último ano” e nos “últimos 14 dias”, com o objetivo de se averiguar os comportamentos ocorridos durante o confinamento.

A segunda parte, dá lugar a perguntas adicionais que avaliam fatores descritivos e contextuais através de 12 perguntas como “e.g. Sentes dor física quando realizas estes comportamentos?”, que não foram incluídas no estudo de Moutinho (2020), de onde se extraíram os dados para o presente estudo.

A escala remete também para duas perguntas de resposta aberta, sendo que apenas uma foi considerada para o questionário: “Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que realizaste um destes comportamentos”.

Focando especificamente a primeira secção deste instrumento, têm sido apresentados para a versão original valores do coeficiente do alfa de Cronbach entre os .79 e os .84 (Bildik et al., 2013; Klonsky & Olino, 2008), revelando boa consistência interna.

O estudo de Duarte (2018) apresenta um coeficiente de *alfa* de Cronbach de $\alpha=0.76$ para o fator 1 (CALSTS), $\alpha=.67$ para o fator 2 (CCALLM) e para o fator 3 de $\alpha=.82$, indicadores de uma boa consistência interna (Duarte, 2018).

O Questionário de Saúde do Paciente

O Questionário de Saúde do Paciente (*Patient Health Questionnaire-9 ou PHQ-9*; Kroenke et al., 2001; Tradução e adaptação de Torres et al., 2013; Validado por Ferreira et al., 2019) é um instrumento de autorrelato, breve, utilizado para avaliação, diagnóstico e monitorização de sintomas depressivos, tendo em conta os critérios estabelecidos pela 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais ou DSM-V (APA, 2014).

Este instrumento reúne 9 itens (e.g., “Tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas”; “Senti desânimo, desalento ou falta de esperança”; “Senti cansaço ou falta de energia”), onde é pedido ao indivíduo que responda às afirmações apresentadas através

de escala de Likert de quatro pontos (0 = nunca, 1 = em vários dias, 2 = em mais da metade do número de dias e 3 = em quase todos os dias) tendo em conta o que foi vivenciado nos últimos 14 dias. Além disso, o instrumento detém ainda um item adicional, igualmente cotado numa escala de Likert de 4 pontos (0= Não dificultaram, a 3=Dificultaram extremamente) com o intuito de avaliar as repercussões que os mesmos consideram que existam, tendo em conta a sintomatologia depressiva (“Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”).

A pontuação total poderá variar entre 0 e 27 pontos, sendo que a uma maior pontuação indica maior gravidade da sintomatologia depressiva, tornando-se clinicamente significativa a partir de um valor igual ou superior a 10. Para uma melhor avaliação os valores são associados a subcategorias: entre 0 e 5 representa “sintomatologia depressiva subclínica”, entre 5 e 14 representa “sintomatologia ligeira a moderada”, entre 15 e 20 representa “sintomatologia moderada a grave” e maior que 20 “sintomatologia grave”.

A versão adaptada para a população portuguesa por Ferreira et al. (2019), apresentou um valor de $\alpha=.86$, à semelhança daquilo que foi encontrado no estudo de Moutinho (2020), $\alpha=.89$, demonstrando uma boa consistência interna,

Escala de Ansiedade Generalizada

A *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) foi traduzida e validada para a população portuguesa por Sousa, et al. (2015), denominando-se de Escala de Ansiedade Generalizada. Esta é uma medida de autorrelato com o objetivo de avaliar sintomatologia ansiosa, tendo por base o DSM-IV. A escala é composta por 7 itens que pretendem avaliar a presença de sintomas de ansiedade através de questões como “*Senti-*

me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a”, “*Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações*” e “*Preocupe-me demais com diferentes assuntos*”. As respostas são cotadas através de uma escala de Likert de 4 pontos (0 = nunca, 1 = em vários dias, 2 = em mais da metade do número de dias e 3 = em quase todos os dias), onde se pede aos indivíduos que respondam tendo em conta os últimos 14 dias vivenciados.

A pontuação total poderá variar entre 0 e 21, sendo que uma pontuação mais elevada indica uma maior gravidade dos sintomas de ansiedade, tornando-se relevante com valores iguais ou superiores a 5. Para uma melhor avaliação os valores são associados a subcategorias: entre 0 e 4 representa uma “ausência de sintomatologia clinicamente significativa”, entre 5 e 9 “sintomatologia ligeira”, entre 10 e 14 “sintomatologia moderada” e entre 15 e 21 “sintomatologia severa”.

A escala validada para a população portuguesa revelou uma boa consistência interna, com um valor de *alfa* de .88, semelhante ao valor de *alfa* de .92 encontrado na escala original-

Procedimentos

Para o presente estudo, foi utilizada uma amostra recolhida por Moutinho (2020) que garantiu o cumprimento das regras de ética e deontológicas que permitem não só a proteção dos participantes (quer na confidencialidade e anonimato), assim como, na recolha das autorizações necessárias para a utilização e aplicação dos instrumentos utilizados no questionário divulgado online. Esta recolha de dados foi aprovada pela comissão de Ética da Universidade da Maia (ISMAI).

Na elaboração desta investigação, foram seguidos todos os princípios éticos e deontológicos desde a pesquisa bibliográfica a tratamento dos dados adquiridos da

amostra de Moutinho (2020), seguindo as orientações do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Procedimentos de recolha de dados

Foi realizada uma recolha de dados por Moutinho (2019) entre 18 de abril e 3 de maio de 2020, data na qual foi decretado o término do Estado de Emergência Nacional (Diário da República n.º 66/2020, 2º Suplemento, Série I de 2020-04-02) e das medidas de confinamento domiciliário impostas até então em Portugal. A amostra foi recolhida por um método de amostragem não casual, por conveniência.

Os dados foram recolhidos anonimamente, através do preenchimento de um formulário online, divulgado nas redes sociais (*Facebook, Instagram e LinkedIn*) e pela OPP através da sua *mailing list*. O inquérito difundido na plataforma Facebook abrangeu 342 grupos, estando estes relacionados com a COVID-19, confinamento, apoio psicológico e relativos a diferentes distritos e freguesias por todo o país, obtendo uma maior representatividade a nível nacional.

Procedimentos de análise de dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences 28* (SPSS) e *Jamovi 2.2.5 Statistical Software*. Em primeira instância, foi realizada uma análise fatorial exploratória com os comportamentos autolesivos da escala ICAL, com a realização previa do teste Kaiser-MeyerOlkin e o teste de esfericidade de Bartlett com o objetivo de analisar a adequabilidade da amostra para o seguimento da análise fatorial. A análise fatorial exploratória seguiu o modelo de extração de fatores através do método das Componentes Principais e rotação ortogonal Varimax. Para isto, optou-se por replicar os procedimentos de análise de dados adotados no estudo

de (Duarte, 2018) que fez a tradução para português e a validação inicial do ICAL para uma amostra de adolescentes portugueses.

Para tal, efetuou-se previamente o teste de Kaiser-MeyerOlkin e o teste de esfericidade de Bartlett a fim de aferir a adequabilidade da amostra para o seguimento da análise fatorial. Esta análise fatorial exploratória seguiu o modelo de extração de fatores pelo método das Componentes Principais e rotação ortogonal Varimax (Duarte, 2018).

Segundamente, realizou-se uma análise fatorial confirmatória seguindo o modelo apresentado no estudo da validação do instrumento ICAL para a população jovem portuguesa (Duarte, 2018), a fim de perceber se existe um ajustamento adequado não só à população abrangida neste estudo (adultos), mas por sua vez à variável incomum em que foi realizada a recolha da amostra.

Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados da análise dos dados quantitativos recolhidos, indo de encontro aos objetivos enumerados no presente estudo.

Num primeiro momento, é feita uma análise descritiva da frequência e prevalência dos comportamentos autolesivos, sintomatologia depressiva e ansiosa, assim como uma análise da diferença de médias (teste-t) com o propósito de comparar os resultados entre aqueles que estavam, ou não, sujeitos a um confinamento domiciliário.

Posteriormente, com a finalidade de validação do *Inventário de Comportamentos Autolesivos*, é apresentada uma análise fatorial exploratória, livre de condicionamento pela literatura, seguida de uma análise fatorial confirmatória, onde foi analisada a atribuição dos itens a fatores de acordo com a literatura prévia. Para isso, recorreu-se especificamente ao modelo fatorial apresentado no estudo de validação do ICAL para a

população portuguesa (Duarte, 2018), de maneira a perceber se os mesmos são adequados à singularidade deste contexto.

Prevalência dos Comportamentos Autolesivos, Sintomatologia Depressiva e Ansiosa

Seguidamente, apresentam-se os resultados relativos à prevalência de comportamentos autolesivos nesta amostra de adultos, no último ano (ver Tabela 1) e nos últimos 14 dias (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta detalhadamente os tipos de comportamentos autolesivos presentes no instrumento, assim como a frequência dos mesmos no último ano. Os comportamentos autolesivos mais referidos no último ano foram cortei-me (3.0%), cocei/arranhei-me até fazer ferida (2.9%) e bati com o corpo ou bati em mim próprio com a intenção de me magoar (2.8%), tendo igualmente sido identificados com frequências de 1 a 10 vezes no último ano. Os comportamentos menos referidos foram espetei-me com agulhas (.2%), engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar (.8%) e ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer (1%).

Tabela 2*Tipos de comportamentos autolesivos e respectivas frequências no último ano (ICAL)*

Frequência dos comportamentos autolesivos	Não		1 vez		2-10 vezes		mais de 10 vezes	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
1. Cortei-me	2143	97.0	32	1.4	25	1.1	9	.4
2. Mordi-me	2154	97.5	30	1.4	20	.9	5	.2
3. Queimei-me	2169	98.2	20	.9	18	.8	2	.1
4. Puxei/arranquei o cabelo	2160	97.8	19	.9	21	1.0	9	.4
5. Cocei/Arranhei-me até fazer ferida	2146	97.1	27	1.2	26	1.2	10	.5
6. Consumi drogas com a intenção de me magoar	2183	98.8	12	.5	8	.4	6	.3
7. Espetei-me com agulhas	2206	99.8	3	.1	1	.0	0	0
8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	2192	99.2	9	.4	5	.2	3	.1
9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar	2154	97.5	24	.1	21	1.0	10	.5
10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com a intenção de me magoar	2148	97.2	26	1.2	29	1.3	6	.3
11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	2182	98.8	13	.6	10	.5	4	.2
12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	2186	99.0	9	.4	10	.5	4	.2
13. Tentei suicidar-me	2177	98.6	14	.6	10	.5	8	.4

Nota: A negrito estão assinalados os três CAL mais prevalentes na periodicidade considerada (1 vez; 2-10 vezes; mais de 10 vezes).

A Tabela 3 apresenta detalhadamente os tipos de comportamentos autolesivos evidenciados nesta amostra, assim como a frequência dos mesmos nos últimos 14 dias.

Tabela 3

Tipos de comportamentos autolesivos e respectivas frequências nos últimos 14 dias (ICAL)

Frequência dos comportamentos autolesivos	Não		1 vez		2-10 vezes		mais de 10 vezes	
	N	%	n	%	N	%	n	%
1. Cortei-me	2183	98.8	16	.7	8	.4	2	.1
2. Mordi-me	2186	99.0	18	.8	4	.2	1	.0
3. Queimei-me	2189	99.1	14	.6	5	.2	1	.0
4. Puxei/arranquei o cabelo	2186	99.0	10	.5	7	.3	6	.3
5. Cociei/Arranhei-me até fazer ferida	2176	98.5	15	.7	13	.6	5	.2
6. Consumi drogas com a intenção de me magoar	2178	98.6	8	.4	5	.2	18	.8
7. Espetei-me com agulhas	2209	100	1	.0	0	0	0	0
8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	2181	98.7	9	.4	3	.1	16	.7
9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar	2139	96.8	16	.7	13	.6	41	1.9

10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com a intenção de me magoar	2183	98.8	15	.7	11	.5	1	.0
11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	2177	98.6	8	.4	9	.4	15	.7
12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	2193	99.3	9	.4	5	.2	2	.1
13. Tentei suicidar-me	2197	99.5	8	.4	2	.1	2	.1

Nota: A negrito estão assinalados os três CAL mais prevalentes na periodicidade considerada (1 vez; 2-10 vezes; mais de 10 vezes).

Quanto à Tabela 3, esta foca-se nos comportamentos autolesivos mais referidos nos últimos 14 dias, sendo que estes foram: bebi em excesso com a intenção de me magoar (3.2%), cocei/arranhei-me até fazer ferida (1.5%) e ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar (1.4%). Os comportamentos menos referidos foram espetei-me com agulhas (.0% - apenas um caso), tentei suicidar-me (.5%) e ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer (.7%).

A Tabela 4 sumaria os dados relativos à prevalência de sintomatologia depressiva (medida pelo PHQ-9) e seu significado clínico.

Na análise da Tabela 4, conseguimos averiguar que quase um terço dos participantes (35,9%) se encontra sem sintomatologia depressiva reportada, assim como um terço (33,8) se apresenta com sintomatologia depressiva ligeira, não apresentando grandes preocupações em questões de saúde mental. Por sua vez, igualmente um terço

desta amostra (17,7%, 7,3%, 5,3% = 30,3%) evidencia necessitar de ajuda profissional uma vez reportar sintomatologia depressiva de moderada a severa.

Tabela 4

Prevalência da sintomatologia depressiva (PHQ-9)

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sintomatologia depressiva subclínica	789	35,9%
Sintomatologia depressiva ligeira	744	33,8%
Sintomatologia depressiva moderada	389	17,7%
Sintomatologia depressiva clínica (n=1411) (64,1%)		
Sintomatologia depressiva moderadamente severa	161	7,3%
Sintomatologia depressiva severa	117	5,3%
Total	2200	100,0%

A Tabela 5 sumaria os dados relativos à prevalência de sintomatologia ansiosa (medida pela GAD-7) e seu significado clínico.

De acordo com a Tabela 5, os resultados mostram que a maioria dos participantes (72,3%) apresenta uma ligeira sintomatologia ansiosa (38,1%) ou sintomatologia ansiosa ausente (38,1%). Quanto aos participantes que evidenciaram uma sintomatologia ansiosa

que exija intervenção por parte de profissionais, estes dividem-se muito semelhantemente entre sintomatologia ansiosa moderada (13,9%) e sintomatologia ansiosa severa (13,8%), num total de 27,7% dos participantes.

Tabela 5

Prevalência da sintomatologia ansiosa (GAD-7)

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sintomatologia ansiosa subclínica	753	34,2%
Sintomatologia ansiosa ligeira	838	38,1%
Sintomatologia depressiva clínica (n=1448) (65,8%)	Sintomatologia ansiosa moderada	13,9%
	Sintomatologia ansiosa severa	13,8%
Total	2201	100%

A Tabela 6 sumaria os dados relativos à prevalência de comportamentos autolesivos (medidos pelo ICAL) no último ano e últimos 14 dias.

Quanto aos resultados encontrados na prevalência dos comportamentos Autolesivos (Tabela 6), tanto no último ano como nos últimos 14 dias, parece existir uma diminuição na frequência de participantes que praticaram comportamentos Autolesivos.

No último ano, 90,1% dos participantes não reportam comportamentos lesivos, ao contrário dos restantes 9,9%. Já nos últimos 14 dias, há um aumento de participantes que não reporta comportamentos Autolesivos (92,3%) e uma consequente diminuição de indivíduos que pratiquem CAL (7,7%).

Tabela 6*Prevalência de comportamentos Autolesivos (ICAL)*

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Último ano	Sem comportamento		
	autolesivos	1984	90,1%
	Com comportamentos		
	autolesivos	218	9,9%
Últimos 14 dias	Sem comportamento		
	autolesivos	2033	92,3%
	Com comportamentos		
	autolesivos	169	7,7%
Total		2200	100,0%

Para averiguar se existiam diferenças entre os indicadores clínicos que quem estava em confinamento, contrastando com quem não estava, foram realizados teste t (Tabela 7) para amostras independentes. Esta análise teve o intuito de se comparar as pontuações das pessoas em confinamento social com as que não estão em confinamento social para as escalas de depressão (PHQ-9), ansiedade (GAD-7) e comportamentos autolesivos (ICAL) no último ano e últimos 14 dias.

Tabela 7

Contraste entre estar em confinamento e sintomatologia depressiva (PHQ-9), ansiosa (GAD-7) e comportamentos autolesivos (ICAL)

		Estar em confinamento	N	Média	Erro Desvio	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
PHQ-9		Sim	1906	7,65	5,85	2,25	2198	,024
		Não	294	6,83	5,47			
GAD-7		Sim	1906	7,51	5,79	1,20	2198	,229
		Não	294	7,07	5,55			
ICAL	Último ano	Sim	1906	,389	1,81	-,32	2198	,748
		Não	294	,43	1,58			
	Últimos 14 dias	Sim	1906	,310	1,57	2,62	783,56	,009
		Não	294	,16	,74			

Para a depressão, os resultados revelam não existir uma diferença significativa entre a pontuação dos participantes em confinamento social ($M=7.65$, $SD=5.85$) e aqueles que não se encontram em confinamento social ($M=6.83$, $SD=5.47$; $t(2198)=2.25$, $p=.024$).

Para a ansiedade, os resultados não revelam evidência suficiente que a pontuação média dos participantes em confinamento social ($M=7.51$, $SD=5.79$) seja superior aos que não se encontram em confinamento social ($M=7.07$, $SD=5.55$; $t(2198)=1.20$, $p=.229$).

Para os comportamentos autolesivos no último ano, os resultados não revelam evidência suficiente que a pontuação média dos participantes em confinamento social ($M=.39$, $SD=1.81$) é superior aos que não se encontram em confinamento social ($M=.43$, $SD=1.58$); $t(2198)=-.32$, $p=.748$).

Para os comportamentos autolesivos nos últimos 14 dias, os resultados revelam existir uma diferença significativa entre a pontuação dos participantes em confinamento social ($M=.31$, $SD=1.57$) e aqueles que não se encontram em confinamento social ($M=.16$, $SD=.74$); $t(783.56)=2.62$, $p=.009$).

Variáveis sociodemográficas nos Comportamentos Autolesivos, Sintomatologia depressiva e ansiosa

A Tabela 8 apresenta os resultados relativos aos comportamentos autolesivos (ICAL), sintomatologia depressiva (PHQ-9) e ansiosa (GAD-7), distribuídos de acordo com as variáveis sociodemográficas principais (género, estado civil, ocupação atual e idade).

Observando a Tabela 8, conseguimos perceber que o sexo masculino se evidencia na sintomatologia depressiva ($M=7,93$), face às mulheres ($M=7,46$), de uma forma semelhante ao que se observa na sintomatologia ansiosa ($M=8,50$; $M=7,26$). Quanto aos comportamentos autolesivos referentes ao último ano, os homens continuam a apresentar uma média mais alta ($M=0,54$) às mulheres ($M=0,37$), manifestando-se quase 8 vezes ($M=1,11$; $M=0,14$) mais quando nos referimos aos últimos 14 dias.

Tabela 8

Comportamentos autolesivos (ICAL), sintomatologia depressiva (PHQ-9) e ansiosa (GAD-7) - média e variáveis sociodemográficas principais

	N	Sintomatologia depressiva (PHQ-9)	Sintomatologia ansiosa (GAD-7)	Comportamentos autolesivos (ICAL) – último ano	Comportamentos autolesivos (ICAL) – últimos 14 dias
Género					
Feminino	1877	7,46	7,26	0,37	0,14
Masculino	322	7,93	8,50	0,54	1,11
Estado Civil					
Solteiro/a	700	9,12	8,90	0,62	0,52
Casado/a	861	6,45	6,57	0,19	0,10
Em união de facto	385	7,16	7,03	0,34	0,17
Separado/a	212	7,30	6,90	0,62	0,50
Viúvo/a	42	8,07	8,02	0,10	0,48
Ocupação atual					
Estudante	201	10,35	10,27	0,95	0,74
Trabalhador/estudante	101	8,37	9,02	0,33	0,12
Trabalhador/a	1555	7,03	6,97	0,32	0,25
<i>Lay off</i>	4	9,00	10,00	0,75	0,75
Baixa médica	15	8,80	8,73	0,47	0,20
Desempregado	223	8,95	8,17	0,57	0,36
Reformado/a	100	5,47	5,78	0,07	0,10
Idade					
18-35 anos	832	8,84	8,81	0,70	0,46
36-50 anos	973	7,03	6,88	0,22	0,19
51-64 anos	327	6,13	5,99	0,21	0,21
>65 anos	68	5,54	5,96	0,03	0,19

Em relação ao estado civil, na Tabela 8 é perceptível que os solteiros são o grupo que mais revela sintomatologia depressiva, ansiosa e comportamentos autolesivos ($M=9,12$; $M=8,90$; $M=0,61$; $M=0,52$), ao contrário dos casados que apresentam os níveis de sintomatologia mais baixos entre os restantes ($M=6,45$; $M=6,57$; $M=0,19$; $M=0,10$). Já os participantes viúvos, revelaram sintomatologia depressiva e ansiosa significativa, seguindo-se dos solteiros, com médias de 8,07 e 8,02 respetivamente. Por sua vez, são os separados que se colocam em 2º lugar quando nos referimos aos comportamentos autolesivos, nos distintos períodos ($M=0,62$; 0,50). Aqueles que se encontram em união de facto apresentam mais sintomatologia depressiva, ansiosa e comportamentos autolesivos do que os casados, porém, menos do que os restantes ($M=7,16$; $M=7,03$; $M=0,34$; $M=0,17$).

No que diz respeito à ocupação atual dos participantes, os estudantes parecem reportar mais sintomatologia depressiva, ansiosa e igualmente mais probabilidade de recorrer a comportamentos autolesivos do último ano ($M=10,35$; $M=9,02$; $M=0,33$). Quanto à média de comportamentos autolesivos evidenciados nos últimos 14 dias, os participantes em *Lay off* diferenciam-se por uma décima ($M=.75$) dos estudantes ($M=.74$). Também na sintomatologia depressiva, ansiosa e nos CAL referentes ao último ano os trabalhadores em *Lay off* apresentaram médias ($M=9$; $M=10$; $M=0,75$) próximas daquelas apresentadas pelos estudantes. Por sua vez, os Trabalhadores são aqueles que apresentam valores mais baixos em toda a sintomatologia evidenciada. É relevante notar que os Trabalhadores/Estudantes se destacam quanto à sintomatologia ansiosa ($M=9,02$), face à sintomatologia depressiva e comportamentos autolesivos.

Quanto às faixas etárias, as idades entre os 18-25 anos mostram ser aquela com valores mais altos para todos os comportamentos, revelando médias de 8,84, 8,81, 0,70 e

0,46, evidenciando-se particularmente nos comportamentos autolesivos e na sintomatologia ansiosa. Atendendo à Tabela, a tendência parece ser a diminuição da sintomatologia ao longo dos anos, quer depressiva como ansiosa, porém, com uma atenção ao aumento de prevalência dos comportamentos autolesivos especificamente vivenciados nos últimos 14 dias, com um aumento de mais de 6 vezes quando focamos na faixa dos >65 anos, passando de uma média de 0,03 para 0,19.

Análise fatorial exploratória

A fim de aferir a adequabilidade da amostra para o seguimento da análise fatorial, efetuou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.725$) e o teste de esfericidade de Bartlett ($p<.001$), que indicaram que adequação dos dados à análise fatorial. Os resultados do ICAL estão apresentados na Tabela 9, relativos aos resultados dos CAL apresentados no últimos ICAL.

A consistência interna dos fatores extraídos foi analisada através do coeficiente de *alfa* de Cronbach. Os valores encontrados na análise fatorial referentes ao último ano (Tabela 9) foram de $\alpha=.82$ para o fator 1, que se designou de *Comportamentos Autolesivos Severos e Tentativa de Suicídio* congregando os itens: item 11 (*Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar*), 12 (*Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer*), 8 (*Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar*), 13 (*Tentei suicidar-me*), 6 (*Consumi drogas com a intenção de me magoar*) e 9 (*Bebi em excesso com a intenção de me magoar*). Também o fator 2 apresentou valores superiores a .70, sendo considerados adequados sugerindo que os itens apresentam um bom grau de uniformidade. Neste caso apurado um *alfa* .72, e englobando os itens: item 2 (*Mordi-me*), 4 (*puxei-arranquei cabelo*) e 7 (*espetei-me com agulhas*), sendo denominado de *Comportamentos Autolesivos Ligeiros*.

Tabela 9

Cargas fatoriais da análise fatorial exploratória para o último ano com rotação

varimax dos itens da ICAL e comunalidades

Itens	Fatores			Comunalidades
	1	2	3	
11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	.912	.060	.025	.835
12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	.909	.017	.149	.850
8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	.884	.005	.125	.797
13. Tentei suicidar-me	.847	.083	.164	.751
6. Consumi drogas com a intenção de me magoar	.794	.054	.070	.638
9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar	.651	.136	.065	.447
5. Cocei/Arranhei-me até fazer ferida	.069	.752	.048	.573
10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com a intenção de me magoar	.011	.746	.090	.564
2. Mordi-me	.030	.744	.245	.615
4. Puxei/arranquei o cabelo	.114	.729	-.029	.546
7. Espetei-me com agulhas	.038	.435	-.041	.193
3. Queimei-me	.098	.037	.916	.850
1. Cortei-me	.501	.198	.680	.753
<i>Eigenvalue</i>	4.940	2.353	1.120	
% Variância explicada	37.997	18.097	8.612	
<i>Alfa de Cronbach</i>	.821	.720	.657	

Por fim, o fator 3, que inclui um reduzido número de itens, nomeadamente o item 3 (*queimei-me*) e 1 (*cortei-me*), foi denominado de *Comportamentos autolesivos com danos potencialmente permanentes no corpo*. Contrariamente aos restantes fatores, apresenta uma mais baixa consistência interna ($\alpha=.66$), representando um grau de uniformidade inferior ao esperado.

Sendo o *alfa* de Cronbach reportado inteiramente e não por fatores é apresentado um valor global de $\alpha=.82$ para o presente estudo (ver Tabela 9).

Seguidamente, na Tabela 10, são apresentados os resultados do ICAL no que diz respeito aos CAL apresentados nos últimos 14 dias.

Quanto aos CAL realizados nos últimos 14 dias, a análise fatorial apresenta uma divisão de quatro fatores, tendo sido estes nomeados de *Comportamentos Autolesivos de Ingestão de Substâncias* (fator 1), *Comportamentos Autolesivos Severos com Tentativa de Suicídio* (fator 2), *Comportamentos Autolesivos Ligeiros* (fator 3) e *Comportamentos autolesivos com danos potencialmente permanentes no corpo* (fator 4). Para que fosse possível realizar esta análise fatorial exploratória, foi necessário remover o item 7 (*espetei-me com agulhas*), devido à falta de variância já reportada na análise descritiva, tendo apenas 1 participante reportado esse CAL. Apenas após a retirada do item foi possível realizar a análise.

Tabela 10

Cargas fatoriais da análise fatorial exploratória para os últimos 14 dias com rotação varimax dos itens da ICAL e comunalidades

Itens	Fatores				Comunalidades
	1	2	3	4	
8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	.940	.177	-.019	.037	.916
6. Consumi drogas com a intenção de me magoar	.932	.196	.007	.016	.907
11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	.900	.264	.020	.034	.882
9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar	.754	.055	.019	.072	.577
12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	.246	.916	.055	.105	.913
13. Tentei suicidar-me	.263	.903	.049	.052	.890
5. Cociei/Arranhei-me até fazer ferida	.019	-.068	.740	.042	.555
2. Mordi-me	-.001	.114	.699	-.081	.509
10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com a intenção de me magoar	.017	-.103	.633	.359	.540
4. Puxei/arranquei o cabelo	-.005	.110	.608	-.041	.384
3. Queimei-me	.026	.049	.021	.901	.814
1. Cortei-me	.156	.530	.038	.622	.694
<i>Eigenvalue</i>	4.122	1.921	1.484	1.055	
% Variância explicada	34.350	16.006	12.366	8.791	
<i>Alfa de Cronbach</i>	.891	.927	.588	.583	

A consistência interna dos fatores extraídos foi igualmente analisada através do coeficiente de *alfa* de Cronbach. Os valores encontrados para os fatores referentes aos últimos 14 dias foram de $\alpha=.89$ para o fator 1, $\alpha=.93$ para fator 2, $\alpha=.59$ para e $\alpha=.58$ para o fator 3 (Tabela 10). Os fatores 1 e 2 apresentam valores superiores a .70, considerados adequados, sugerindo que os itens apresentam um bom grau de uniformidade. Contudo, os fatores 3 e 4 apresenta uma consistência interna baixa sugerindo um grau baixo de uniformidade, realçando o número reduzido de itens no fator 4, igualando-se ao relatado na análise fatorial realizada nos CAL do último ano.

Sendo o *alfa* de Cronbach reportado inteiramente e não por fatores é apresentado um $\alpha=.77$.

Análise fatorial confirmatória

Para avaliar a adequabilidade do modelo apresentado na validação do instrumento ICAL para a população jovem portuguesa (Duarte, 2018) foi realizada uma análise confirmatória.

Em relação ao último ano, foi aplicado o teste de qui-quadrado (χ^2), que indica a quantidade de diferença entre as matrizes de covariância esperada e observada, revelou ser estatisticamente significativo, o que sugere que a solução fatorial proposta não é adequada; ($\chi^2 (62) = 2220, p<.001$). Contudo, tendo em conta a sensibilidade do teste e o tamanho da amostra, é quase sempre produzido um qui-quadrado grande e significativo ($p<.05$). Foram também aplicados os testes CFI, TLI, SRMR e RMSEA como medidas da qualidade da solução fatorial (Navarro & Foxcroft, 2019). Em concordância com o resultado anterior, observou-se um CFI (.862) e um TLI (.826) inferior ao critério habitual de 0.95, e um RMSEA (0.126) superior ao critério de referência habitual (< 0.06) sugerindo que a solução fatorial proposta não é adequada. Adicionalmente, observou-

se ainda um SRMR (0.0720) adequado inferior ao critério de referência (<.08), embora próximo deste.

A estimativa padronizada de todos os itens relevou valores $p < 0.05$ sugerindo que existem evidências que os itens pertencem aos fatores a que foram atribuídos (Tabela 11).

Tabela 11

Adequabilidade dos itens de cada fator da escala ICAL para o último ano

Indicadores	Estimativas	Erro-padrão	Z	p	Estimativas Padron.
CALSTS					
1.Cortei-me	.170	.170	.0061	≤ .001	.559
3.Queimei-me	.052	.052	.0047	≤ .001	.240
8.Engoli substâncias perigosas	.135	.135	.0028	≤ .001	.848
11. Medicação com intenção de magoar	.184	.184	.0033	≤ .001	.919
12.Medicação com intenção morrer	.187	.187	.0031	≤ .001	.954
13.Tentei suicidar-me	.199	.199	.0042	≤ .001	.834
CALLM					
2. Mordi-me	.199	.199	.0063	≤ .001	.736
4.Puxei/arranquei cabelo	.186	.186	.0071	≤ .001	.634
5.Cocei/arranhei	.214	.214	.0078	≤ .001	.667
7.Esp. Agulhas	.024	.024	.0018	≤ .001	.429
10.Bater em si próprio	.214	.214	.0070	≤ .001	.706
CSP					
6.Drogas	.164	.164	.0044	≤ .001	.778
9.Bebi em excesso	.184	.184	.0066	≤ .001	.620

Foram apontados índices de modificação para todos os itens em todos os fatores a que não tenham sido inicialmente atribuídos, entre os 13 itens, 6 revelaram índices de modificação ≥ 3.84 com um $p < 0.05$, dos quais 6 têm um índice de modificação de ≥ 11 com um $p < 0.01$. Em conjunto, esta informação sugere que as alterações à solução fatorial inicial são demasiado extensas para que seja razoável executá-los em análise fatorial confirmatória (Tabela 12).

Tabela 12.

Indicadores de modificação dos itens da escala ICAL para o último ano

Itens	Fatores		
	CALSTS	CALLM	CSP
1.Cortei-me		145.2468	69.8247
3.Queimei-me		25.8535	1.1491
8.Engoli substâncias perigosas		14.1604	73.3927
11.Medicação com intenção de magoar		0.0133	13.8829
12.Medicação com intenção de morrer		18.3552	231.2215
13.TentSuicidar-me		17.2190	21.8625
2.Mordi-me	1.155		0.0709
4.Puxei/arranquei cabelo	4.879		6.2501
5.Cocei/arranhei	0.197		0.5215
7.Espetei agulhas	0.117		0.1191
10.Bati em mim próprio	6.034		8.6340
6.Drogas	8.624	8.6298	
9.Bebi em excesso	8.631	8.6297	

Em relação aos últimos 14 dias, a adequabilidade do modelo apresentado foi avaliada através do teste de qui-quadrado (χ^2), que revelou ser estatisticamente significativo, o que sugere que a solução fatorial proposta não é adequada; ($\chi^2(62) = 7888$, $p < .001$). Adicionalmente, foram também aplicados os testes CFI, TLI, SRMR e RMSEA como medidas da qualidade da solução fatorial. Em concordância com o resultado do teste de qui-quadrado, observou-se um CFI (.496) e um TLI (.365) inferior ao critério

habitual de 0.95, um RMSEA (.239) superior ao critério de referência habitual (< 0.06) e um SRMR (.150) superior ao critério de referência ($< .08$), que globalmente sugerem que a solução fatorial proposta não é adequada.

A estimativa padronizada de todos os itens relevou valores $p < 0.05$ sugerindo que há evidências que os itens pertencem aos fatores a que foram atribuídos (Tabela 13).

Tabela 13.

Adequabilidade dos itens de cada fator da escala ICAL para os últimos 14 dias

Indicadores	Estimativas	Erro-padrão	Z	p	Estimativas Padron.
CALSTS					
1.Cortei-me	.0889	.00344	25.84	$\leq .001$	.532
3.Queimei-me	.0236	.00293	8.06	$\leq .001$	.178
8.Engoli substâncias perigosas	.1427	.00600	23.79	$\leq .001$	.523
11. Medicação com intenção de magoar	.1650	.00605	27.28	$\leq .001$	.582
12.Medicação com intenção morrer	.1346	.00247	54.51	$\leq .001$	.922
13.Tentei suicidar-me	.1137	.00210	54.07	$\leq .001$	.915
CALLM					
2. Mordi-me	.0927	.00528	17.57	$\leq .001$	.619
4.Puxei/arranquei cabelo	.1082	.00737	14.67	$\leq .001$	.507
5.Cocei/arranhei	.1717	.00927	18.52	$\leq .001$	.697
7.Esp. Agulhas	.0127	6.89e-4	18.43	$\leq .001$	.596
10.Bater em si próprio	.1066	.00413	25.84	$\leq .001$	.610
CSP					
6.Drogas	.2802	.00766	36.58	$\leq .001$	.960
9.Bebi em excesso	.2735	.01034	26.46	$\leq .001$	.623

Foram apontados índices de modificação (Tabela 14) para todos os itens em todos os fatores a que não tenham sido inicialmente atribuídos, entre os 13 itens, 9 revelaram índices de modificação ≥ 3.84 com um $p < 0.05$, dos quais 6 têm um índice de modificação de ≥ 11 com um $p < 0.01$. Em conjunto esta informação sugere que as alterações à solução fatorial inicial são demasiado extensas para que seja razoável executá-los em análise fatorial confirmatória.

Tabela 14

Indicadores de modificação dos itens da escala ICAL para os últimos 14 dias

Itens	Fatores		
	CALSTS	CALLM	CSP
1.Cortei-me		7.4973	6.904
3.Queimei-me		11.2764	1.742
8.Engoli substâncias perigosas		4.4425	1905.159
11.Medicação com intenção de magoar		0.7966	1658.299
12.Medicação com intenção de morrer		0.0955	469.912
13.TentSuicidar-me		0.2961	151.307
2.Mordi-me	6.309		0.376
4.Puxei/arranquei cabelo	6.112		1.012
5.Cocei/arranhei	11.799		0.157
7.Espetei agulhas	9.43e-11		2.41e-11
10.Bati em mim próprio	0.281		0.936

6.Drogas	0.378	0.3777
9.Bebi em excesso	0.377	0.3777

Discussão

A presente investigação tinha como objetivo principal a validação da primeira parte do instrumento Inventário de Comportamentos Autolesivos, desta vez numa faixa etária de adultos, num contexto pautado por uma pandemia mundial por Covid-19 e o seu consequente confinamento social. Diferenciado do ICAL original, neste estudo procurou-se avaliar particularmente os comportamentos autolesivos em dois períodos distintos: no último ano e nos últimos 14 dias, de maneira a perceber o impacto do confinamento na população adulta portuguesa.

O confinamento domiciliário surgiu em consequência das medidas preventivas de contágio por COVID-19, sendo unanime pelo globo e acontecendo simultaneamente em todos os países. A incerteza daquilo que iria acontecer, o tempo que o isolamento social se iria manter, a quebra de rotinas, socialização e a limitação de liberdade, é identificado como um fator chave que pode levar a diversas preocupações em questões de saúde mental (Borgonhi, 2022).

Estudos anteriores onde foi utilizado o ICAL (Duarte, 2018; Palma, 2018; Ascensão, 2019; Oliveira, 2019), sugerem tratar-se de um instrumento fidedigno e com boas características psicométricas para a população portuguesa. Neste estudo, procura-se perceber se encontramos igualmente bons resultados numa amostra com uma população adulta (18 aos 88 anos).

Primeiramente foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória para os resultados referentes ao último ano, assim como para os últimos 14 dias. As estruturas resultantes

desta análise, apresentaram desde logo diferenças. Quando nos referimos ao último ano, foram apresentados 3 fatores, a que foram atribuídas a seguintes denominações: *Comportamentos Autolesivos Severos e Tentativa de Suicídio (fator 1)*, *Comportamentos Autolesivos Ligeiros (fator 2)* e *Comportamentos Autolesivos com danos Potencialmente Permanentes no Corpo (fator 3)*. Já a análise realizada referente aos últimos 14 dias sugeriu uma categorização através de 4 fatores, tendo sido designados de *Comportamentos Autolesivos por Ingestão de Substâncias (fator 1)*, *Comportamentos Autolesivos Severos com Tentativa de Suicídio (fator 2)*, *Comportamentos Autolesivos (fator 3)* e *Comportamentos Autolesivos com danos Potencialmente Permanentes no corpo (fator 4)*.

Quando comparando a distribuição de ambos, podemos concluir que, o Fator 1 apresentado para o último ano contém os mesmos itens do Fator 1 dos últimos 14 dias (item 11, 8, 6, 9), incluindo os comportamentos mais severos, associados também ao abuso de substâncias, mas com a particularidade que nos últimos 14 dias os itens que relevam uma intenção de morrer, nomeadamente o item 12 (*Ingeri medicamentos com a intenção de morrer*) e 13 (*Tentei Suicidar-me*) se agrupam num Fator (2) distinto.

Quanto ao Fator 2 referente ao último ano, este incluiu os itens 5, 10, 2, 4 e item 7, à semelhança do Fator 3 dos últimos 14 dias, porém com a exceção do item 7 (*Espetei-me com agulhas*). Na análise exploratória realizada para os últimos 14 dias foi necessária a exclusão do item 7, acima referido, de forma a não comprometer as propriedades psicométricas da medida. Tendo em conta o referido, assim como a quase inexistente de reportada prevalência do item 7, é possível levantar algumas questões face ao item. O comportamento “*espetei-lhe com agulhas*”, parece distanciar-se dos restantes comportamentos, não se adequando aos restantes fatores. Além disso, poderá existir uma má interpretação da questão. É possível que os participantes, aquando do preenchimento

do ICAL, associem este comportamento ao consumo de substâncias por via de injetáveis, o que não é o que se está efetivamente a questionar. Nesse sentido, aqueles que se espetam com agulhas, poderão não se querer identificar neste item por receio da sua interpretação e associação a um consumo de drogas, que poderá não existir.

Tendo em conta a análise referente ao último ano, o *alfa* de Cronbach foi de $\alpha=.82$, apresentando bons valores de consistência interna. Analisando os fatores de forma independente, os mesmos apresentaram valores de $\alpha=.82$, $\alpha=.72$ e $\alpha=.66$, ordenadamente.

Quanto à análise referente aos últimos 14 dias, o *alfa* de Cronbach foi de $\alpha=.77$, apresentando bons indicadores de consistência interna. Por sua vez, os fatores apresentam individualmente *alfa* de $\alpha=.89$, $\alpha=.93$ e $\alpha=.59$ e $\alpha=.58$, ordenadamente. Os fatores 3 e 4, apresentam por sua vez uma consistência interna mais baixa daquilo que seria esperado. Globalmente, os fatores parecem fazer sentido na sua distribuição. Os resultados apresentados neste estudo vão de encontro aos valores reportados em estudos anteriores onde os valores encontrados do *alfa* de Cronbach variam entre $\alpha=.79$ e $\alpha=.84$ (Bildik et al., 2013; Klonsky & Olino, 2008), bem como no reportado no estudo de Validação do Instrumento para a população jovem onde foram reportados valores de $\alpha=.67$ a $\alpha=.82$ (Duarte, 2018).

Posteriormente, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, onde foram aplicados os testes de X^2 , CFI, TLI, SRMR e RMSEA como medidas da qualidade de solução fatorial e utilizando o modelo de estrutura fatorial (CALLM; CALSTS; CSP) apresentado pelo estudo de Validação do ICAL para jovens na População Portuguesa (Duarte, 2018). Os resultados encontrados mostram não existir uma boa adequabilidade destes fatores tanto em relação à recolha referente ao último ano, com um valor de X^2 não estatisticamente significativo ($X^2(62) = 2220$, $p<.001$), sugerindo uma solução fatorial desadequada; assim como nos últimos 14 dias com resultados de $X^2(62) = 7888$, $p<.001$.

É importante ter em atenção que a escala original procura perceber a frequência dos comportamentos autolesivos dos indivíduos ao longo da vida, enquanto neste estudo o que foi pedido aos participantes foi que tivessem como referência o seu último ano e posteriormente os últimos 14 dias. Além disso, o ICAL nunca antes foi utilizado/caracterizado em estudos em contexto pandémico, assim como não foi elaborado com foco na população adulta.

Além da validação da escala, procurou-se perceber a prevalência e frequência dos comportamentos autolesivos, sintomatologia depressiva e ansiosa relatada neste período, bem como a associação aos dados sociodemográficos recolhidos.

No que diz respeito à prevalência dos comportamentos autolesivos, dos 2200 participantes (adultos), 9,9% (n= 218) refere ter praticado pelo menos uma vez CAL no último ano, enquanto nos últimos 14 dias esse valor desce para os 7,7% (n=169), o que aparenta valores mais altos do que aqueles reportados em estudos anteriores que focavam esta faixa etária de adultos, elevando-se por norma até aos 6%, aproximando-se por sua vez aos 13% apresentados em jovens adultos (Swanne et al. 2014; Jacobson e Gould, 2007; Gillies et al., 2018).

Quanto aos comportamentos mais evidenciados no último ano foram apontados aqueles que apresentam uma severidade mais moderada/leve, como cortei-me (3%), cocei-me (2,9%) e bati em mim próprio (2,9%), além de que, foram realizadas em frequências mais reduzidas (1 vez ou até 10 vezes), indo de encontro à literatura existente (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Laye-Gindhu & Shonert-Reichl, 2005; Rodham, Hawton, & Evans, 2004), identificando-se como comportamentos mais comumente utilizados e generalizados. Por sua vez, os CAL menos manifestados são aqueles que se encontram nos grupos mais severos, como engolir substâncias perigosas com intenção de

magoar (.8%) e morrer (.1%), assim como o comportamento de espertar agulhas com uma % de .2.

Em contrapartida, quando foi pedido aos participantes que respondessem com base no vivenciado nos últimos 14 dias, existem mudanças interessantes nos resultados reportados. A alteração da escala para que as questões fossem respondidas tendo em conta as últimas duas semanas, procurava perceber o impacto do já extenso período de confinamento que se prolongava há mais de um mês. Apesar de reportados menos participantes com CAL, aqueles que apresentaram valores mais altos e com uma frequência mais alta (mais de 10 vezes – lembrando que nos referimos a um período de apenas 14 dias), ao contrário do que foi observado no último ano, referem-se a comportamentos do foro do abuso de substâncias ou comportamentos mais severos, nomeadamente: o beber por excesso (3.2%), ingestão de medicamentos com intenção de magoar (1.4), ingestão de substâncias perigosas (2%) e consumo de drogas com intenção de magoar (2%). Estes resultados poderão justificar-se tendo em conta que a procura por consumo de substâncias, está muitas das vezes relacionado com situações de stress e instabilidade, dando ao consumidor a ilusão de um efeito relaxante, equivocadamente (Garcia & Sanchez, 2020). Czeisler et al, (2020) apresenta dados de que numa amostra de cerca de 5 mil participantes, onde revela que 13,3% dos participantes iniciaram ou aumentaram o seu consumo de substâncias para lidar com as questões relacionadas com o Covid-19.

Além disso, não só houve um aumento dos comportamentos considerados potencialmente mais perigosos e/ou severos, como a sua (alta) frequência poderá apresentar também uma preocupação acrescida. Este aumento diferenciado parece evidenciar o impacto psicológico de um período de confinamento longo, cansativo e com a quebra não só do contacto social, mas como das rotinas dos indivíduos.

Quanto aos resultados reportados na prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa, apesar da existência de sintomatologia depressiva (64,1%), seja semelhante à ansiosa (65,8%), quando atendemos à sintomatologia que demanda um apoio psicológico por um profissional de saúde mais urgente (nomeadamente sintomatologia moderada a severa), a sintomatologia depressiva destaca-se com uma percentagem de aproximadamente de 1/3 dos participantes (30,3%), enquanto a sintomatologia ansiosa parece mais reduzida (27,7%), ao contrário do encontrado noutros estudos (Brownung et al, 2021). Numa tentativa de perceber o fenómeno, podemos sugerir que o mesmo se deve ao facto desta recolha de dados ter sido realizada num período mais final do confinamento, onde a ansiedade associada ao desconhecido e à instabilidade já não se encontravam tão evidenciados quanto à sintomatologia depressiva que se ia agravando com o decorrer da pandemia.

Procurou-se também perceber neste estudo, através da realização de um teste t com amostras independentes que englobava os CAL, sintomatologia depressiva e ansiosa, se existia uma diferença estatisticamente significativa entre aqueles que se encontravam, ou não, em confinamento (face aos que mantinham uma vida profissional regular). Os resultados apresentam diferenças médias pouco significativas, quer em relação à sintomatologia depressiva, como ansiosa, à exceção dos resultados evidenciados face aos CAL nos últimos 14 dias. Enquanto aqueles que não se encontravam em confinamento reportaram valores de $M=.16$, aqueles que referiram estar em confinamento reportaram valores de $M=.31$, constatando o impacto do confinamento domiciliário na prevalência dos comportamentos autolesivos.

O estudo reportou ainda dados interessantes, apresentando o sexo masculino como aquele com mais evidencia de sintomatologia depressiva ($M=7,93$), ansiosa ($M=8,5$) e CAL do último ano ($M=0,54$), semelhante a dados reportados por Oliveira et al. (2022),

onde apresentava diferenças estatísticas dos resultados de sintomatologia depressiva e ansiosa nos homens ($M=56.3/M=53.5$), face aos encontrados nas mulheres ($M=47.6/M=45.0$). Apesar de os CAL aparecem normalmente associados ao sexo feminino (Moccia, Janiri, & Pepe, 2020) existem autores que justificam esses resultados com uma possível representatividade em excesso deste grupo, assim como da vulgar associação dos comportamentos autolesivos aos cortes (frequentemente mais praticados pelas mulheres) (Cipriano et al., 2017).

Quanto ao estado civil, os solteiros apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa e igualmente mais prevalência de comportamentos autolesivos quer relativamente ao último ano, como aos últimos 14 dias ($M=9.12$; $M=8.90$; $M=0.61$; $M=0.52$). Pelo contrário, aqueles que apresentaram valores mais baixos foram os casados e em união de facto, o que parece uma contradição face à literatura existente que define a população casada como mais vulneráveis em questões de saúde mental (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020; Huang e Zhao, 2020). Estes dados corroboram com o que foi encontrado no estudo Huang e Zhao, (2020). Já os separados seguem-se aos solteiros em médias referentes a sintomatologia depressiva e ansiosa, enquanto os viúvos replicam essa posição nos comportamentos autolesivos em ambos os períodos identificados. Os dados apresentados sugerem que estes grupos poderão ser mais vulneráveis a sentimentos como solidão, enfatizando o isolamento já vivido por todos.

Face à ocupação atual dos participantes, e à semelhança daquilo que é referido em diversos estudos (Cipriano et al., 2017), os estudantes apresentam-se como o grupo mais vulnerável e, por conseguinte, com maior sintomatologia depressiva, ansiosa e comportamentos autolesivos do que as restantes ocupações. Quanto à média de comportamentos autolesivos evidenciados nos últimos 14 dias, aqueles em Lay-off diferenciam-se por uma décima do valor reportado pelos estudantes, aproximando-se dos

restantes valores quanto às diferentes sintomatologias. Os trabalhadores, por sua vez, são aqueles que evidenciam uma sintomatologia mais reduzida, podendo estar relacionado com o facto de manterem uma rotina mesmo durante este período de confinamento. Quanto aos trabalhadores/estudantes, os mesmos destacam-se quanto à sintomatologia ansiosa ($M=9,02$), o que não acontece face à sintomatologia depressiva e comportamentos autolesivos.

Por fim, e tendo em atenção as faixas etárias existentes nesta amostra, o intervalo de idade dos 18 aos 25 anos apresenta os valores mais altos de sintomatologia, destacando-se de uma forma evidente das restantes idades, indo de encontro aos estudos encontrados que definem uma relevância significativa nesta faixa, assim como nos maiores de 60 anos (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie, & Xu, 2020; Huang e Xhao, 202). Por sua vez, enquanto a sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como os comportamentos autolesivos parece diminuir com o avançar da idade, um dado curioso foca-se no aumento da prevalência dos comportamentos autolesivos vivenciados pelo intervalo de idade dos 51-64, mais particularmente no intervalo ≥ 65 anos, passando de uma média de 0,003 (no último ano) para 0,19 (nos últimos 14 dias). Apesar dos CAL estarem tipicamente associado a idade mais jovens, a literatura chama à atenção para não só o aumento da sintomatologia depressiva em idades mais avançadas, mas como na tendência de estes adotarem comportamentos autolesivos mais perigosos e com maior probabilidade de terminar em morte (Segal, et al., 2016; Marriott, et al., 2003).

Conclusão

O instrumento Inventário de Comportamentos Autolesivos utilizado e validado no presente estudo, apresentou boas qualidades psicométricas, demonstrando uma mais-valia para futura utilização em estudos que comportem uma amostra de adultos.

Uma vez que a análise confirmatória realizada não provou ser adequada para este estudo, tendo por base a estrutura fatorial proposta por outros autores, seria proveitoso numa futura investigação explorar esta ou outras estruturas fatoriais.

Além disso, apesar da amostra parecer bastante representativa, a quantidade de participantes que reporta qualquer comportamento autolesivo era bastante reduzida, o que impossibilita uma generalização face à população geral. Quanto à adequação do instrumento, quando especificamos o período em que os CAL foram realizados, nomeadamente nos últimos 14 dias, foi necessário proceder-se à retirada do item 7, o que poderá trazer algumas limitações. Estudos futuros poderão sugerir uma adaptação/ajustamento do item 7 para uma melhor adequabilidade à escala. Especulando, o problema poderá estar relacionado com a sua interpretação, ou mesmo com problemáticas sociodemográficas, não fazendo sentido junto da população portuguesa.

Teria também sido interessante para a interpretação dos itens, em alternativa à forma como os dados foram recolhidos para os últimos 14 dias, ter-se questionado os participantes com base na variação de frequência e não apenas na frequência dos mesmos, ou seja, se os comportamentos aumentam, diminuem ou mantêm-se.

Concluindo, este estudo constituiu uma primeira tentativa de validação do instrumento ICAL numa amostra com adultos portugueses. Além disso, tendo em conta o contexto pandêmico por Covid-19 vivenciado a nível mundial, e tomando em atenção os

resultados apresentados, é imperativo que continue a existir investigação que foque os comportamentos autolesivos, não apenas na adolescência.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2017). The Relationship between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of SelfHarm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48 (1), 31 – 37.
- Andover, M. S. (2014). Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry research*, 219(2), 305-310.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105. doi: 10.1016/j.psychres.2010.03.019.
- Bordadágua, A. J. G. (2021). Intolerância à Incerteza, Ansiedade e Comportamentos de Evitamento face à COVID-19 nos Estudantes do Ensino Superior (Doctoral dissertation).
- Browning MHEM, Larson LR, Sharaievskia I, Rigolon A, McAnirlin O (2021) Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PLOS ONE* 16(1): e0245327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>
- Buckmaster, R., McNulty, M., & Guerin, S. (2019). Family factors associated with self-harm in adults: a systematic review. *Journal of family therapy*, 41(4), 537-558.

- Burke, T. A., Ammerman, B. A., Hamilton, J. L., Stange, J. P., & Piccirillo, M. (2021). Nonsuicidal self-injury scar concealment from the self and others. *Journal of psychiatric research, 130*, 313-320.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy, 44*(3), 371-394.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate selfharm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 371- 394.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology, 8*, 1946.
- Daly, Z., Slemon, A., Richardson, C. G., Salway, T., McAuliffe, C., Gadermann, A. M., ... & Jenkins, E. K. (2021). Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health in Canada. *Psychiatry research, 295*, 113631.
- Duarte, E. (2018). *Dialectos da Dor: Representações Sociais Sobre as Funções dos Comportamentos Auto-lesivos em Adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa).
- Garcia, L. P., & Sanchez, Z. M. (2020). Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. *Cadernos de Saúde Pública, 36*.
- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L., & Goldstein, A. L. (2021). When social isolation is nothing new: A longitudinal study on psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 62*(1), 20.

- Hasking, P., Lewis, S. P., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, M., & Robinson, K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources. *School psychology international*, 42(1), 57-78.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- International Society for the Study of Self-injury (2018). What is self-injury? <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>.
- Jacobson, C. & Gould, M. (2007). The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Klonsky E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>
- Klonsky, D. E., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(44), 1–9.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kruzan, K. P., Whitlock, J., & Hasking, P. (2020). Development and initial validation of scales to assess Decisional Balance (NSSI-DB), Processes of Change (NSSI-POC), and Self-Efficacy (NSSI-SE) in a population of young adults engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychological assessment*, 32(7), 635.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal selfharm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- Lewis, S. P., Lumley, M. N., & Grunberg, P. H. (2015). Early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury among young adults: A preliminary investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(4), 386-402.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., & Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 349, g5954. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5954>
- Moccia, L., Janiri, D., & Pepe, M. (2020). Temperamento afetivo, estilo de apego e o impacto psicológico do surto de Covid-19: um primeiro relatório sobre a população italiana em geral. *Brain, Behavior and Immunity*, 75-79.
- Moutinho, M. I. Q. (2020). Retido/a em confinamento: Respostas emocionais e comportamentais numa crise relativa à pandemia por COVID-19” (Doctoral dissertation).

- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research*, 11 (1), 69-82.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Jr, Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65–72.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Oliveira, E. N., Vasconcelos, M. I. O., Almeida, P. C., Pereira, P. J. D. A., Linhares, M. S. C., Ximenes Neto, F. R. G., & Aragão, J. M. N. (2022). Covid-19: repercussões na saúde mental de estudantes do ensino superior. *Saúde em Debate*, 46, 206-220.
- Palma, A. (2018). O que sentiste antes? O que sentiste depois? Porque os fizeste? As emoções e funções dos comportamentos autolesivos na adolescência. [Dissertação de Mestrado, ISPA].Repositório ISPA.
<http://hdl.handle.net/10400.12/6886>
- Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., Kapusta, N. D., Resch, F., & Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Consensus based German guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, 46.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).

- Reis, M., Gaspar, S., Ramiro, L., Oliveira, M. L., & Matos, M. G. de. (2019). Comportamentos autolesivos nos adolescentes: resultados do estudo HBSC 2018. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 10(1), 207–217. <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2643>
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In: Nock MK, editor. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origin, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 37–62.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and selfcutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87.
- Sapara, A., Shalaby, R., Osiogo, F., Hrabok, M., Gusnowski, A., Vuong, W., ... & Agyapong, V. I. (2021). COVID-19 pandemic: demographic and clinical correlates of passive death wish and thoughts of self-harm among Canadians. *Journal of Mental Health*, 30(2), 170-178.
- Segal, D. L., Connella, A., Miller, T., & Coolidge, F. L. (2016). Deliberate self-harm among younger and older adults. *Death studies*, 40(7), 440-444.
- Sousa, S. (2017). *O impacto das variáveis relacionais e individuais na adolescência: relação com a ideação suicida e os comportamentos autolesivos*. [Dissertação de Mestrado, ISPA]. Repositório ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/6250>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-threatening behavior*, 44(3), 273-303.

- Veiga, G., Oosterveld, P., Fernandes, J., & Rieffe, C. (2019). Validation of the Portuguese emotion awareness questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology, 16*(2), 215-224.
- You, J., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research, 15*(1), 75-86
- Zielinski, M. J., Veilleux, J. C., Winer, E. S., & Nadorff, M. R. (2017). A short-term longitudinal examination of the relations between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. *Comprehensive psychiatry, 73*, 187-195.

Anexo A - Teste- t para amostras independentes entre as escalas de sintomatologia depressiva (PHQ-9), ansiosa (GAD-7) e comportamentos autolesivos (ICAL) e a variável confinamento social

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		T-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
PHQ9_scoretotal	Equal variances assumed	3,07	,080	2,25	2198,00	,024	,82	,36	,11	1,53
	Equal variances not assumed			2,37	403,53					
GAD7_scoretotal	Equal variances assumed	3,17	,075	1,20	2198,00	,229	,43	,36	-,27	1,14
	Equal variances not assumed			1,24	397,92					
ICAL_scoretotal_ultimoano	Equal variances assumed	,22	,638	-,32	2198,00	,748	-,04	,11	-,26	,18
	Equal variances not assumed			-,35	421,30					
ICAL_scoretotal_ultimos14dias	Equal variances assumed	9,55	,002	1,58	2198,00	,115	,15	,09	-,04	,33
	Equal variances not assumed			2,62	783,56					

Anexo B - Análise fatorial exploratória da escala ICAL para o último ano

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,827
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	15622,797
	gl	78
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
[ICAL] - 1. Corteime com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,753
[ICAL] - 2. Mordime com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,615
[ICAL] - 3. Queimeime com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,850
[ICAL] - 4. Puxei/Arranquei o cabelo com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,546
[ICAL] - 5. Cocei/Arranquei com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,573
[ICAL] - 6. Consumir drogas com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,638
[ICAL] - 7. Espeteime com agulhas com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,193
[ICAL] - 8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,797
[ICAL] - 9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,447
[ICAL] - 10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,564

Comunalidades

	Inicial	Extração
[ICAL] - 11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. [Último ano]	1,000	,835
[ICAL] - 12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer. [Último ano]	1,000	,850
[ICAL] - 13. Tentei suicidarme [Último ano]	1,000	,751

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somos de extração de carregamentos ao quadrado	
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância
1	4,940	37,997	37,997	4,940	37,997
2	2,353	18,097	56,094	2,353	18,097
3	1,120	8,612	64,706	1,120	8,612
4	,988	7,598	72,304		
5	,659	5,072	77,376		
6	,601	4,625	82,001		
7	,564	4,337	86,338		
8	,442	3,398	89,736		
9	,418	3,219	92,955		
10	,377	2,902	95,857		
11	,265	2,038	97,895		
12	,196	1,504	99,399		
13	,078	,601	100,000		

Variância total explicada

Componente	Somos de extração de ... % cumulativa	Somos de rotação de carregamentos ao quadrado		
		Total	% de variância	% cumulativa
1	37,997	4,492	34,557	34,557
2	56,094	2,470	18,997	53,554
3	64,706	1,450	11,152	64,706
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

	Componente		
	1	2	3
[ICAL] - 12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer. [Último ano]	,886	-,244	-,071
[ICAL] - 11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. [Último ano]	,864	-,222	-,198
[ICAL] - 8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar [Último ano]	,853	-,251	-,085
[ICAL] - 13. Tentei suicidarme [Último ano]	,850	-,160	-,056
[ICAL] - 6. Consumir drogas com a intenção de me magoar. [Último ano]	,767	-,184	-,127
[ICAL] - 1. Corteime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,707	,128	,487
[ICAL] - 9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar. [Último ano]	,655	-,064	-,117

Matriz de componente^a

	Componente		
	1	2	3
[ICAL] - 2. Mordime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,291	,725	,063
[ICAL] - 10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com intenção de me magoar. [Último ano]	,230	,711	-,080
[ICAL] - 5. Cocei/Arranheime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,273	,693	-,135
[ICAL] - 4. Puxei/Arranquei o cabelo com a intenção de me magoar. [Último ano]	,287	,647	-,213
[ICAL] - 7. Espeteime com agulhas com a intenção de me magoar. [Último ano]	,137	,392	-,143
[ICAL] - 3. Queimeime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,359	,135	,839

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. 3 componentes extraídos.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente		
	1	2	3
[ICAL] - 11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. [Último ano]	,912	,060	,025
[ICAL] - 12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer. [Último ano]	,909	,017	,149
[ICAL] - 8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar [Último ano]	,884	,005	,125
[ICAL] - 13. Tentei suicidarme [Último ano]	,847	,083	,164
[ICAL] - 6. Consumir drogas com a intenção de me magoar. [Último ano]	,794	,054	,070
[ICAL] - 9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar. [Último ano]	,651	,136	,065
[ICAL] - 5. Cocei/Arranheime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,069	,752	,048
[ICAL] - 10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com intenção de me magoar. [Último ano]	,011	,746	,090
[ICAL] - 2. Mordime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,030	,744	,245
[ICAL] - 4. Puxei/Arranquei o cabelo com a intenção de me magoar. [Último ano]	,114	,729	-,029
[ICAL] - 7. Espeteime com agulhas com a intenção de me magoar. [Último ano]	,038	,435	-,041
[ICAL] - 3. Queimeime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,098	,037	,916
[ICAL] - 1. Corteime com a intenção de me magoar. [Último ano]	,501	,198	,680

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 4 iterações.

Matriz de transformação de componente

Componente	1	2	3
1	,923	,261	,283
2	-,309	,940	,142
3	-,229	-,218	,949

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Anexo C - Análise fatorial exploratória da escala ICAL para os últimos 14 dias

Comunalidades

	Inicial	Extração
[ICAL] - 1. Corteime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,694
[ICAL] - 2. Mordime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,509
[ICAL] - 3. Queimeime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,814
[ICAL] - 4. Puxei/Arranquei o cabelo com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,384
[ICAL] - 5. Cocei/Arranheime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,555
[ICAL] - 6. Consumir drogas com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,907
[ICAL] - 8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar [Últimos 14 dias]	1,000	,916
[ICAL] - 9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,577
[ICAL] - 10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,540
[ICAL] - 11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	1,000	,882
[ICAL] - 12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer. [Últimos 14 dias]	1,000	,913
[ICAL] - 13. Tentei suicidarme [Últimos 14 dias]	1,000	,890

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Total	Autovalores iniciais		Somadas de extração de carregamentos ao quadrado	
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância
1	4,122	34,350	34,350	4,122	34,350
2	1,921	16,006	50,356	1,921	16,006
3	1,484	12,366	62,722	1,484	12,366
4	1,055	8,791	71,513	1,055	8,791
5	,808	6,730	78,243		
6	,661	5,507	83,749		
7	,651	5,422	89,171		
8	,556	4,632	93,803		
9	,436	3,636	97,439		
10	,149	1,240	98,679		
11	,087	,728	99,407		
12	,071	,593	100,000		

Variância total explicada

Componente	Somadas de extração de ... % cumulativa	Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
		Total	% de variância	% cumulativa
1	34,350	3,287	27,391	27,391
2	50,356	2,119	17,662	45,053
3	62,722	1,816	15,133	60,186
4	71,513	1,359	11,327	71,513
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

	Componente			
	1	2	3	4
[ICAL] - 11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,888	-,184	,240	,045
[ICAL] - 6. Consumir drogas com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,873	-,225	,298	,075
[ICAL] - 8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,871	-,245	,292	,108
[ICAL] - 12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer. [Últimos 14 dias]	,714	,192	-,473	-,379
[ICAL] - 13. Tentei suicidarme [Últimos 14 dias]	,710	,160	-,437	-,411
[ICAL] - 9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,664	-,169	,286	,163
[ICAL] - 1. Cortei-me com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,531	,315	-,507	,234
[ICAL] - 10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,078	,651	,217	,253
[ICAL] - 5. Cocei/Arranhei-me com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,047	,635	,385	-,038
[ICAL] - 2. Mordime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,100	,597	,297	-,233
[ICAL] - 4. Puxei/Arranhei o cabelo com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,095	,533	,237	-,186
[ICAL] - 3. Queimeime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,220	,346	-,398	,699

Método de Extração: análise de Componente Principal.

a. 4 componentes extraídos.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
[ICAL] - 8. Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,940	,177	-,019	,037
[ICAL] - 6. Consumir drogas com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,932	,196	,007	,016
[ICAL] - 11. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,900	,264	,020	,034
[ICAL] - 9. Bebi em excesso com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,754	,055	,019	,072
[ICAL] - 12. Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer. [Últimos 14 dias]	,246	,916	,055	,105
[ICAL] - 13. Tentei suicidarme [Últimos 14 dias]	,263	,903	,049	,052
[ICAL] - 5. Cocei/Arranhei-me com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,019	-,068	,740	,042
[ICAL] - 2. Mordime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	-,001	,114	,699	-,081
[ICAL] - 10. Bati com o corpo ou bati em mim próprio com intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,017	-,103	,633	,359
[ICAL] - 4. Puxei/Arranhei o cabelo com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	-,005	,110	,608	-,041
[ICAL] - 3. Queimeime com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,026	,049	,021	,901
[ICAL] - 1. Cortei-me com a intenção de me magoar. [Últimos 14 dias]	,156	,530	,038	,622

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 5 iterações.

Matriz de transformação de componente

Componente	1	2	3	4
1	,821	,532	,080	,190
2	-,294	,195	,863	,362
3	,453	-,617	,476	-,433
4	,183	-,546	-,151	,804

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Anexo D - Análise fatorial confirmatória da escala ICAL para o último ano

Pesos fatoriais

Fator	Indicador	Estimativas	Erro-padrão	Z	p	Estimativas Estand.
CALSTS	ICAL_1.corteicomintençãoomemagoar_ultimoano	0.1702	0.00611	27.9	< .001	0.559
	ICAL_3.queimeimecomintençãoomagoar_ultimoano	0.0520	0.00467	11.1	< .001	0.240
	ICAL_8.engolisubstperigosas_ultimoano	0.1350	0.00276	48.9	< .001	0.848
	ICAL_11.ingeriendemasiacomintençãoomagoar_ultimoano	0.1841	0.00329	56.0	< .001	0.919
	ICAL_12.ingeriendemasiacomintençãoomorrer_ultimoano	0.1870	0.00313	59.8	< .001	0.954
	ICAL_13.tenteisuicidarme_ultimoano	0.1985	0.00417	47.6	< .001	0.834
CALLM	ICAL_2.mordimeintençãoomagoar_ultimoano	0.1990	0.00627	31.7	< .001	0.736
	ICAL_4.puxeiarranqueicabelo_ultimoano	0.1856	0.00707	26.3	< .001	0.634
	ICAL_5.coceiarranhei_ultimoano	0.2138	0.00776	27.6	< .001	0.667
	ICAL_7.espeteiagulhas_ultimoano	0.0242	0.00176	13.7	< .001	0.429
	ICAL_10.baticomocorpoouemmimproprio_ultimoano	0.2138	0.00698	30.6	< .001	0.706
CSP	ICAL_6.consumirdrogas_ultimoano	0.1636	0.00438	37.3	< .001	0.778
	ICAL_9.bebiexcesso_ultimoano	0.1843	0.00626	29.4	< .001	0.620

Teste ao Ajustamento Exato

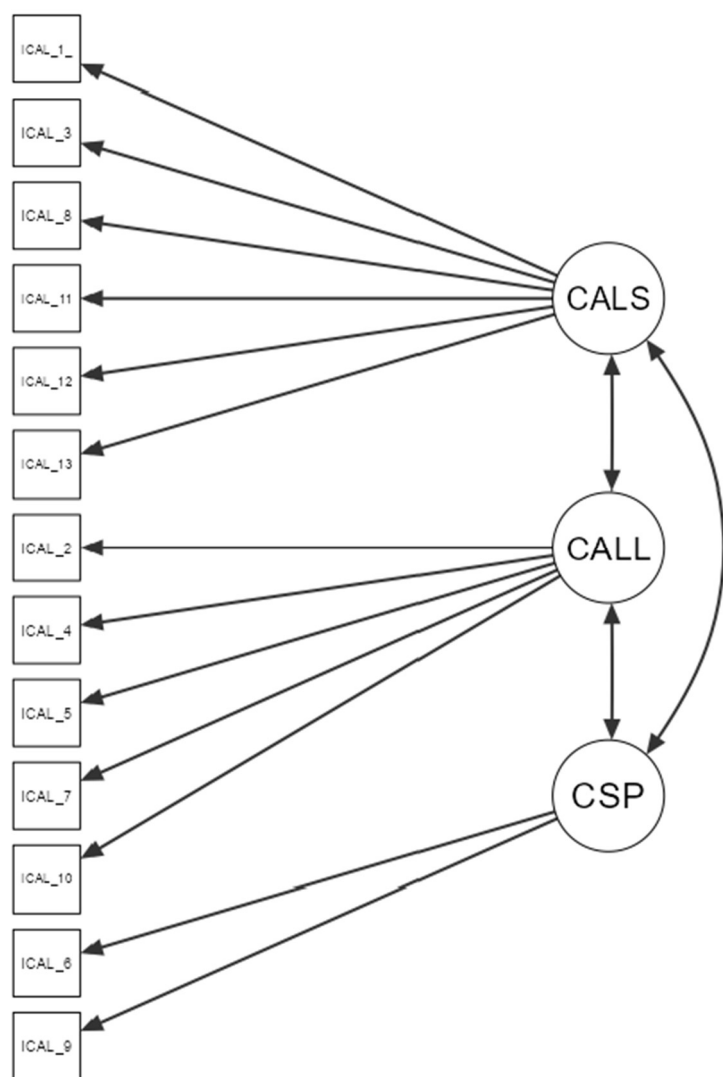
χ^2	gl	p
2220	62	< .001

Medidas de Ajustamento

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	IC 90% RMSEA	
				Lim. Inferior	Lim. Superior
0.862	0.826	0.0720	0.126	0.121	0.130

Índices de modificação - Pesos fatoriais

	CALSTS	CALLM	CSP
ICAL_1.corteicomintençãoomemagoar_ultimoano		145.2468	69.8247
ICAL_3.queimeimecomintençãoomagoar_ultimoano		25.8535	1.1491
ICAL_8.engolisubstperigosas_ultimoano		14.1604	73.3927
ICAL_11.ingeriendemasiacomintençãoomagoar_ultimoano		0.0133	13.8829
ICAL_12.ingeriendemasiacomintençãoomorrer_ultimoano		18.3552	231.2215
ICAL_13.tenteisuicidarme_ultimoano		17.2190	21.8625
ICAL_2.mordimeintençãoomagoar_ultimoano	1.155		0.0709
ICAL_4.puxeiarranqueicabelo_ultimoano	4.879		6.2501
ICAL_5.coceiarranhei_ultimoano	0.197		0.5215
ICAL_7.espeteiagulhas_ultimoano	0.117		0.1191
ICAL_10.baticomocorpoouemmimproprio_ultimoano	6.034		8.6340
ICAL_6.consumirdrogas_ultimoano	8.624	8.6298	
ICAL_9.bebiexcesso_ultimoano	8.631	8.6297	



Anexo E - Análise fatorial confirmatória da escala ICAL para os últimos 14 dias

Pesos fatoriais

Fator	Indicador	Estimativas	Erro-padrão	Z	p	Estimativas Estand.
CALSTS	ICAL_1.corteicomintençãoomemagoar_ultimos14dias	0.0889	0.00344	25.84	< .001	0.532
	ICAL_3.queimeimecomintençãoomagoar_ultimos14dias	0.0236	0.00293	8.06	< .001	0.178
	ICAL_8.engolisubstperigosas_ultimos14dias	0.1427	0.00600	23.79	< .001	0.523
	ICAL_11.ingeriemdemasiacomintençãoomagoar_ultimos14dias	0.1650	0.00605	27.28	< .001	0.582
	ICAL_12.ingeriemdemasiacomintençãoomorrer_ultimos14dias	0.1346	0.00247	54.51	< .001	0.922
	ICAL_13.tenteisuicidarme_ultimos14dias	0.1137	0.00210	54.07	< .001	0.915
CALLM	ICAL_2.mordimeintençãoomagoar_ultimos14dias	0.0927	0.00528	17.57	< .001	0.619
	ICAL_4.puxeiarraqueicabelo_ultimos14dias	0.1082	0.00737	14.67	< .001	0.507
	ICAL_5.coceiarranhei_ultimos14dias	0.1717	0.00927	18.52	< .001	0.697
	ICAL_7.espeteiagulhas_ultimos14dias	0.0127	6.89e-4	18.43	< .001	0.596
	ICAL_10.baticomocorpooemmmimproprio_ultimos14dias	0.1066	0.00413	25.84	< .001	0.610
CSP	ICAL_6.consumirdrogas_ultimos14dias	0.2802	0.00766	36.58	< .001	0.960
	ICAL_9.bebiexcesso_ultimos14dias	0.2735	0.01034	26.46	< .001	0.623

Teste ao Ajustamento Exato

χ^2	gl	p
7888	62	< .001

Medidas de Ajustamento

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	IC 90% RMSEA	
				Lim. Inferior	Lim. Superior
0.496	0.365	0.150	0.239	0.235	0.244

Índices de modificação - Pesos fatoriais

	CALSTS	CALLM	CSP
ICAL_1.corteicomintençãoomemagoar_ultimos14dias		7.4973	6.904
ICAL_3.queimeimecomintençãoomagoar_ultimos14dias		11.2764	1.742
ICAL_8.engolisubstperigosas_ultimos14dias		4.4425	1905.159
ICAL_11.ingeriemdemasiacomintençãoomagoar_ultimos14dias		0.7966	1658.299
ICAL_12.ingeriemdemasiacomintençãoomorrer_ultimos14dias		0.0955	469.912
ICAL_13.tenteisuicidarme_ultimos14dias		0.2961	151.307
ICAL_2.mordimeintençãoomagoar_ultimos14dias	6.309		0.376
ICAL_4.puxeiarraqueicabelo_ultimos14dias	6.112		1.012
ICAL_5.coceiarranhei_ultimos14dias	11.799		0.157
ICAL_7.espeteiagulhas_ultimos14dias	9.43e-11		2.41e-11
ICAL_10.baticomocorpooemmmimproprio_ultimos14dias	0.281		0.936
ICAL_6.consumirdrogas_ultimos14dias	0.378	0.3777	
ICAL_9.bebiexcesso_ultimos14dias	0.377	0.3777	

