

“Memories are dangerous things. You turn them over and over, until you know every touch and corner, but still you'll find an edge to cut you.”

Mark Lawrence

ÍNDICE

ABSTRACT	3
RESUMO	5
INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
<i>Estratégia de pesquisa e seleção de estudos</i>	10
RESULTADOS	12
<i>Identificação e seleção dos estudos</i>	12
GRUPO I - COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DAS EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE	15
<i>Caraterísticas dos estudos incluídos: métodos, amostras, alocação geográfica</i>	15
<i>Sumário das principais conclusões dos estudos incluídos</i>	20
1.1. ASSOCIAÇÃO ENTRE O SUBTIPO DE EXPERIÊNCIA DE ADVERSIDADE PRECOCE E OS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA	24
1.2. ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO, <i>TIMING</i> DE EXPOSIÇÃO E O PERPETRADOR DA EXPERIÊNCIA DE ADVERSIDADE PRECOCE E OS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA	28
1.3. ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E A FREQUÊNCIA E A SEVERIDADE DOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA	30
1.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E AS FUNÇÕES DOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA	32
GRUPO II: FATORES PROPOSTOS PARA MEDIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA	34
<i>Caraterísticas dos estudos incluídos: métodos, amostras, alocação geográfica</i>	34

<i>Sumário das principais conclusões dos estudos incluídos</i>	40
2.1. AUTOCRITICISMO/AUTOCULPABILIZAÇÃO, DISTORÇÕES COGNITIVAS E SUPORTE SOCIAL	42
2.2. DESREGULAÇÃO EMOCIONAL/IMPULSIVIDADE/DESINIBIÇÃO/ALEXITIMIA	44
2.3. DISSOCIAÇÃO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E OUTRAS COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS	45
DISCUSSÃO.....	48
<i>Implicações para a Prática Clínica e Propostas de Intervenção</i>	53
<i>Limitações do presente estudo e direções futuras</i>	55
CONCLUSÃO.....	59
AGRADECIMENTOS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ABSTRACT

Background: Non-suicidal self-injury (NSSI) is the intentional destruction of body tissue without suicidal intent and for purposes not socially sanctioned. Approximately 17% of nonclinical adolescent populations and over 40% of clinical adolescent populations report have engaged in NSSI. Existing research presents some inconsistencies in what concerns the relationship between NSSI and adverse childhood experiences (ACEs), suggesting that this relation is more complex and nuanced than what was previously theorized. Other factors may be involved, mediating it. This investigation aimed to highlight the current evidence supporting the association between NSSI and ACEs and their impact on frequency, severity, functions of NSSI as well as analyse the role of different mediator variables in this relation, throughout a literature review.

Methods: Studies published from 2000 to October 31st 2015 were located by searching PubMed database. Data from the included studies were extracted by one reviewer and synthesized qualitatively

Results: A total of 27 articles providing data on engagement in NSSI among individuals with and without ACEs met eligibility criteria. Different subtypes of ACEs have been consistently associated with NSSI, across studies. Self-criticism/self-blame/pessimism, social support, dissociation, depression, posttraumatic stress disorder symptoms and emotional regulation seems to be involved in the mediation of this association.

Conclusion: Quality of evidence was variable due to inconsistent methodological factors (e.g., NSSI, ACEs and mediator assessment, analyzed variables, nomenclature inconsistencies). In spite of these, overall, the included studies provide evidence for a relationship between NSSI and the ACEs, and support conceptualizations of NSSI as transdiagnostic. There is a clear need for more systematic studies in this area, performed in accordance with consensual methodology.

Keywords: self-injurious behaviour; Nonsuicidal self-injury; NSSI; Deliberate Self-harm; DHS; Self-destructive; Parasuicide; Automutilation; Selfmutilation; Child Abuse; Adverse Childhood Experiences; Child Neglect; Childhood abuse; Childhood Mistreatment; Child Maltreatment; Household dysfunction; Adverse Life Events; Adolescence

RESUMO

Introdução: Os Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida (CALISIS) consistem numa destruição intencional de um tecido corporal sem intenção suicida, com propósitos e objetivos não aceitáveis, socialmente. Aproximadamente 17% dos adolescentes, em amostras não clínicas e mais de 40% dos adolescentes em amostras clínicas reportam ter tido CALISIS. A evidência científica apresenta inconsistências no respeitante à associação entre CALISIS e Experiências de Adversidade Precoce (EAP), sugerindo que esta relação é mais complexa e apresenta mais *nuances* do que o inicialmente teorizado. Outros fatores podem estar envolvidos na mediação desta associação. Com este artigo, pretendeu-se explorar a evidência atual que suporta a associação entre CALISIS e EAP e o seu impacto na frequência, severidade e função dos CALISIS, bem como analisar o papel de diferentes variáveis na mediação desta relação, através de uma revisão da literatura.

Métodos: Estudos publicados entre 2000 e 31 de outubro de 2015 foram localizados, recorrendo à Base de Dados *PubMed*. Os dados dos estudos incluídos foram extraídos por um revisor e sintetizados, qualitativamente.

Resultados: Um total de 27 artigos, com enfoque em CALISIS, em indivíduos com e sem EAP, cumpriu os critérios de inclusão. Diferentes subtipos de EAP foram consistentemente associados a CALISIS, ao longo dos estudos. Autocriticismo/auto culpabilização/pessimismo, suporte social, dissociação, depressão, sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático e regulação emocional parecem estar envolvidos na mediação desta relação.

Conclusão: A qualidade da evidência foi variável, devido a inconsistências metodológicas (ferramentas de avaliação dos CALISIS, das EAP e dos mediadores; variáveis estudadas; nomenclatura.). Conquanto as incongruências mencionadas,

globalmente, os estudos incluídos suportaram a associação entre CALSIS e EAP e a conceptualização de CALSIS como entidade transdiagnóstica. É notória a necessidade de mais estudos na área, aplicando ferramentas metodológicas consensuais.

Palavras-chave: Comportamento Autolesivo; Comportamento Autolesivo sem intenção suicida, CALSIS, CAL, Parassuicídio; Comportamento autodestrutivo; Automutilação; Abuso na infância; Experiências de adversidade Precoce; *Neglet* infantil; Abuso infantil; Maus-tratos infantis; disfunção familiar, eventos de vida adversos; adolescência.

INTRODUÇÃO

Os Comportamentos Autolesivos sem Intenção Suicida (CALSIS) consistem numa destruição intencional de um tecido corporal sem intenção suicida, com propósitos e objetivos não aceitáveis socialmente(1).

A interpretação e conceptualização da problemática dos CALSIS foi-se modificando consoante o contexto sociocultural vigente. Persiste a controvérsia em torno da terminologia, que traduz a dificuldade na conceptualização do constructo. Estas divergências afetam a compreensão e comparação de dados epidemiológicos e clínicos(2)(3).

Com a consciencialização crescente de que os CALSIS constituem não um sintoma de uma única condição clínica (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-III (DSM-III(4)) e DSM-IV(5)/DSM-IV-TR(6)), mas um fenómeno transdiagnóstico(7)(8), houve um crescendo de pedidos para a sua autonomização, retirando-os do clássico confinamento nosográfico à Perturbação *Borderline*(7). Neste contexto, em 2013, os CALSIS foram incluídos na DSM-V(5), como condição para estudos posteriores, com intuito último de melhorar a comunicação na área, contribuindo para uma maior compreensão do fenómeno e desenvolvimento de novas terapias (9).

Considera-se que o início dos CALSIS se situará entre os 12-16 anos de idade(10). Conquanto se verifique grande variabilidade na literatura, mesmo entre amostras homogéneas, é atualmente aceite que os CALSIS são prevalentes na adolescência, tanto em amostras clínicas (Taxas superiores a 40%.), como em amostras comunitárias (Estimada em 17.2%, numa recente metanálise.(11)). Em Portugal, num estudo colaborativo do HBSC¹ com a OMS, numa amostra nacional de 3869 adolescentes, reportou-se a presença de Comportamentos Autolesivos (CAL)² em 20,3%, no último

¹ *Health Behaviour in School-aged Children.*

² Neste estudo, não é feita a distinção entre CAL com ou sem intencionalidade suicida.

ano(12).

Respeitante a diferenças entre géneros, uma recente metanálise concluiu serem reportados CALSIS, com maior frequência, no sexo feminino, sendo esta diferença superior em amostras clínicas(13). Os métodos mais comumente referidos foram cortes na pele, sendo recentemente mencionadas diferenças na escolha de método, mediante o género(13).

Em 2010, o *National Scientific Council of the Developing Child* propõe um modelo, no qual se admite que a arquitetura do cérebro da criança se inicia antes do nascimento e se prolonga até à idade adulta(14). As condições de vida potencialmente desestruturantes e comprometedoras do funcionamento e bem-estar emocional e psicossocial podem ser consideradas como experiências adversas (EA). A exposição repetida a contextos adversos poderá afetar o desenvolvimento e maturação das estruturas cerebrais mais prematuras, como o hipocampo(15) , o tronco cerebral e o córtex pré-frontal(14). Durante a adolescência verifica-se um desequilíbrio/tensão entre os sistemas subcorticais e corticais, sugerido como a base de padrões de comportamentos, como a impulsividade e a maior tendência para comportamentos de risco. Este período de desenvolvimento considera-se crítico para os CALSIS, o que parece estar relacionado com uma interação entre fatores psicossociais e (neuro)biológicos (16).

A publicação dos resultados do *Adverse Childhood Experiences Study (CASE)* mostrou que as EAP são comuns, podendo levar a disrupções estruturais e/ou funcionais, com consequências na saúde física e mental do indivíduo, a curto e a longo prazo(17). Nesta perspetiva, foram identificados subtipos específicos de EAP, nomeadamente abuso parental, físico ou emocional, negligência, episódios de violência e de abuso sexual, como as agressões ambientais mais graves para a criança(18). Contudo, outras EAP não constantes das classicamente listadas, como a vitimização entre pares/*bullying* ou

exposição a violência na comunidade, são, igualmente, apontadas como tendo *outcomes* negativos na saúde mental, sugerindo-se a sua avaliação (19).

Muito embora a associação entre EAP e CALSIS não seja nova, os mecanismos, através dos quais essa relação ocorre não estão completamente clarificados, sendo encontradas inconsistências na literatura. Alguns autores sugerem, mesmo, que as EAP estão não diretamente/não especificamente relacionadas com os CALSIS(20), existindo outros fatores implicados nesta associação(21). A abordagem do problema não está, assim, completamente explorada, sendo que estudos recentes têm examinado fatores que possam mediar a conexão entre ambos.

Área incontornável da psiquiatria e da saúde pública, os CALSIS apresentam associação com psicopatologia geral (Distúrbio de Personalidade *Bordeline* (22), depressão(23), abuso/dependência de substâncias,(24)(16), p.e.) e são apontados como importante fator de risco para o suicídio(25)(26)(27)(28). A identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção torna-se crucial para o desenvolvimento de novas estratégias preventivas e de deteção precoce e para o diagnóstico de potenciais novos alvos terapêuticos, suportados empiricamente.

O principal objetivo deste artigo consiste em explorar o papel das EAP nos CALSIS, na adolescência, bem como clarificar a influência de mediadores nesta relação, através de uma revisão da literatura mais recente, no âmbito desta temática.

MATERIAIS E MÉTODOS

O protocolo utilizado para a seleção das referências foi feito, tendo em conta a sua adequação aos objetivos desta revisão e a informação foi categorizada em duas partes: “Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: O Papel das Experiências de Adversidade Precoce” e “Fatores propostos para mediação da relação entre Experiências de Adversidade Precoce e Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida”.

Estratégia de pesquisa e seleção de estudos

A pesquisa foi realizada na Base de Dados Eletrónica, *PubMed*, para todos os artigos originais de investigação, publicados entre o ano 2000 e outubro de 2015, inclusive.

Na *Pubmed*, foi feita a pesquisa na plataforma *MeSH*, utilizando os termos *MeSH*: “Child Abuse”, “Self-Injurious Behavior” e “Adolescent”. Conquanto, dada a ambiguidade na literatura, no respeitante à terminologia, a estratégia de pesquisa usou, ainda, a combinação de diferentes palavras-chave: “MeSH:self-injurious behaviour” ou “non-suicidal self-injury” ou “deliberate self-harm” ou “parasuicide” ou “self-destructive” ou “selfmutilation” ou “automutilation” ou “NSSI” or “DSH”, combinada com “MeSH: child abuse” ou “Adverse Childhood Experiences” ou “Child Neglect” ou “Childhood abuse” ou “Childhood Mistreatment” ou “Child Maltreatment” ou “Household disfunction” ou “Adverse life events” e combinada com “Mesh: adolescent” ou “young” ou “adolescence” ou “youth” (Diagrama 1).

Adicionalmente, foram pesquisados estudos potencialmente relevantes, manualmente, sendo a pesquisa conduzida no *Serviço de Documentação (SD) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra* e na *Biblioteca das Ciências da Saúde da*

Universidade de Coimbra (BSCUC). Foram, ainda, consultados livros de texto, utilizados para referenciar questões de nomenclatura e aspetos históricos.

Crítérios de inclusão utilizados no processo de seleção de estudos, nesta revisão:

- (i) **População:** Uma amostra, pelo menos parcial, de adolescentes (idades entre 13-21 anos³). CALSIS claramente definidos como “Uma destruição intencional de um tecido corporal sem intenção suicida, com propósitos e objetivos não aceitáveis socialmente”. Artigos referentes a comportamentos autolesivos (do anglosaxónico “Deliberate Self-Harm”) ou a automutilação (do anglosaxónico “Auto-mutilation/self-mutilation”) serão incluídos se se enquadrarem na definição acima exposta.
- (ii) **Intervenção:** Estudos com enfoque na associação entre CALSIS e EAP, em adolescentes (Em geral, ou sob um subtipo específico.). Em estudos de investigação originais, privilegiam-se estudos com grupo de controlo.
- (iii) **Desenho do estudo:** Estudos de investigação originais.

³ Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Direção Geral de Saúde (DGS) entre os 10 e os 19 anos. A adolescência, didaticamente, pode ser dividida em 3 fases: precoce (10 aos 13 anos); média (14 aos 17 anos) e tardia (17 aos 21 anos). Tendo em conta que a literatura atual indica que os CALSIS apresentam uma maior prevalência na adolescência, optou-se por escolher como população-alvo indivíduos entre os 13-21 anos (adolescência média e tardia).

RESULTADOS

Identificação e seleção dos estudos

Uma pesquisa preliminar na Base de Dados *Pubmed* identificou 313 artigos potencialmente relevantes, combinando os termos *MeSh* "Self-Injurious Behavior" e "Child Abuse" e "Adolescent" e aplicando os filtros para inclusão de artigos publicados entre 2000-01-01 até 2015-11. Foi, ainda, repetida a pesquisa, com a combinação de termos livres referidos na secção Materiais e Métodos, para identificar artigos potencialmente relevantes, ainda não indexados. Foram, também, pesquisados, através de outras fontes, 57 artigos potencialmente relevantes para esta revisão, sendo que, após a remoção de duplicados, se obteve um total de 359 artigos potencialmente importantes.

Todos estes artigos foram submetidos a um *screening* inicial, por título e *abstract*, de acordo com os critérios de inclusão, sendo excluídos 262.

No total, 97 artigos foram acessados para elegibilidade. Deles, 70 foram excluídos, 69 falharam em um ou mais critérios de inclusão, e um artigo não tinha o texto integral disponível, sendo igualmente excluído (Boričević Maršanić *et al.*, 2015). Os motivos mais frequentes de exclusão foram amostra de população não-adolescente (p.e. Franzke *et al.* (2015); Lopez-Castroman *et al.* (2015); Vaughn *et al.* (2014); Bolen *et al.* (2013)) e a não distinção clara entre CAL com e sem intenção suicida (p.e. Lev-Wiesel *et al.* (2014); Fisher *et al.* (2012)). Embora um dos artigos analisados tenha utilizado uma amostra com idades compreendidas entre os 18–100 anos ($M = 52.11$, $SD = 16.89$)(29), optou-se pela sua inclusão, dado que a faixa etária foi especificada como covariável, e codificada em 5 grupos etários (18–24; 25–34; 35–44; 45–54; *and* ≥ 55), sendo que grupo etário 18-24 anos engloba as idades-alvo para esta revisão.

No final, 27 estudos cumpriram os critérios de inclusão propostos para a presente revisão. Como já referido na secção "Materiais e Métodos" e com intuito de possibilitar

uma leitura mais clara dos resultados, agruparam-se os artigos incluídos em dois grandes grupos:

- Grupo I: Inclui os 23 estudos que analisam o papel das EAP nos CALSIS.
- Grupo II: Compreende os 17 artigos em que é explorado o papel de potenciais mediador(es) da associação entre EAP e CALSIS.

Um total de 13 estudos avaliaram tanto a associação entre EAP e CALSIS, como potenciais mediador(es) desta associação, sendo incluídos em ambos os grupos (Tabela 1).

Tabela 1: Estudos incluídos, segundo as características de interesse para a revisão

CARACTERÍSTICA DE INTERESSE	NÚMERO DE ESTUDOS	REFERRÊNCIAS
GRUPO I: CALSIS: PAPEL DAS EAP	23	(30)(31)(32)(26)(33)(34)(35)(36)(29)(37)(38)(39)(40)(41)(42) (43)(44)(20)(45)(46)(47)(48)(49)
GRUPO II: MEDIADORES NA RELAÇÃO ENTRE EAP E CALSIS	17	(50)(31)(32)(33)(34)(29)(51)(40)(52)(37)(43)(44)(45)(46) (53)(48)(49)

O diagrama 2 sintetiza a estratégia de pesquisa adotada para a identificação e seleção dos artigos originais incluídos na revisão.

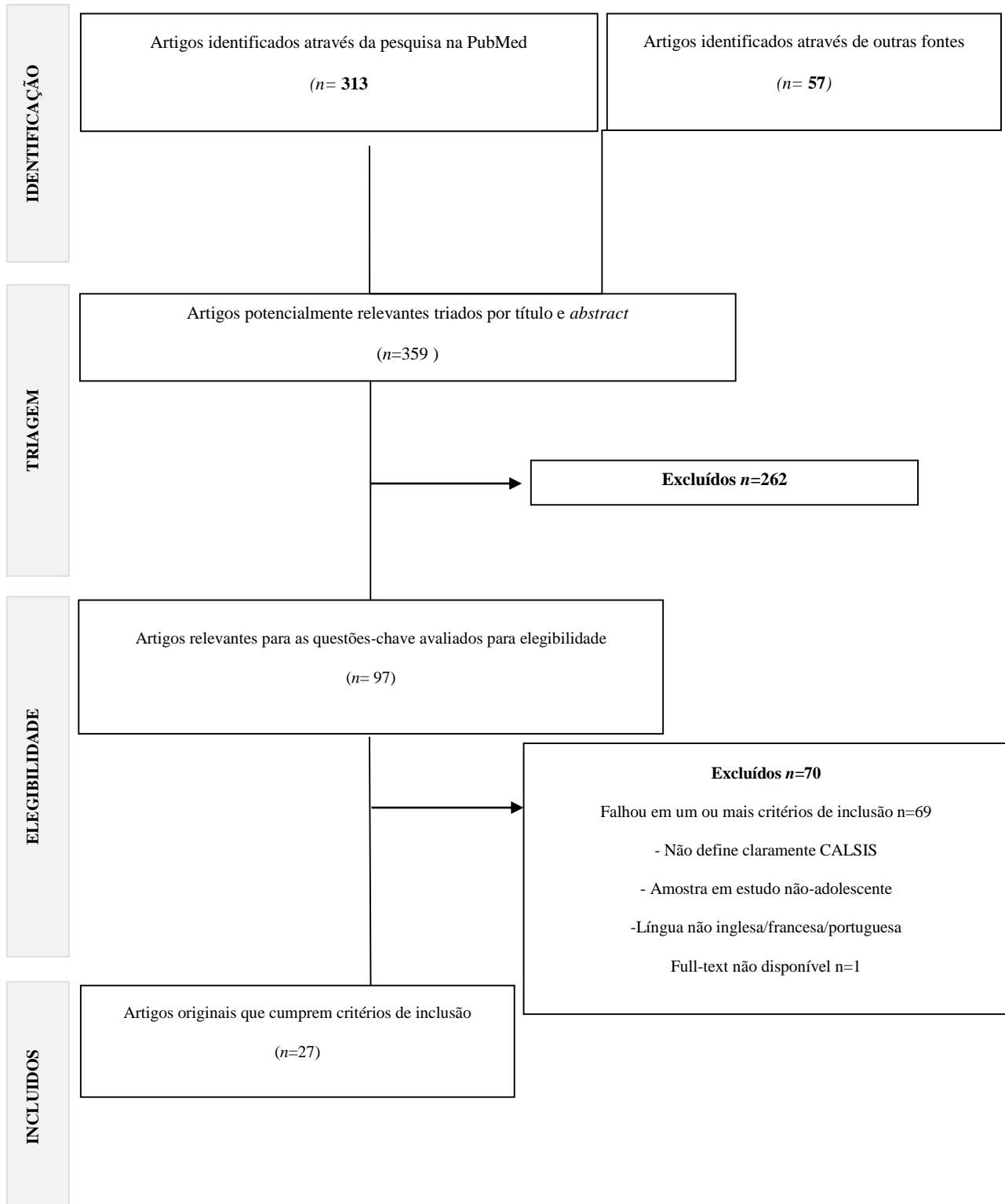


Diagrama 2 - Estratégia de pesquisa adotada para a identificação e seleção dos artigos originais incluídos na revisão.

GRUPO I - COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DAS EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE

Caraterísticas dos estudos incluídos: métodos, amostras, alocação geográfica

Ao todo, 23 estudos avaliaram a associação entre EAP e CALSIS. Uma amostra total de 54633 indivíduos foi obtida, sendo que destes 6415 cumpriram os critérios para CALSIS. Dos estudos incluídos, 8 (30)(32)(26)(29)(39)(41)(42)(20) tinham um tamanho de amostra superior a 1000 ($n \geq 1000$), 12 (31)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(40)(43)(47)(48)(49) tinham uma amostra com n situado entre 100-1000 e 3 (44)(45)(46) eram estudos com amostra de pequena dimensão ($n < 100$).

A maioria dos artigos apresenta um desenho transversal/retrospectivo (20 em 23), existindo 1 estudo com desenho longitudinal (40), 1 prospetivo/*Cohort* (43) e uma revisão sistemática/metanálise(20).

Foram contempladas amostras comunitárias em 16 dos estudos analisados, 9 das quais eram constituídas por estudantes do ensino básico e secundário/estudantes universitários graduados e não graduados. Em 2 dos estudos, a amostra foi obtida em populações de alto risco(43)(47) e em 4, foram utilizadas amostras clínicas (33)(35)(36)(37).

No que concerne a alocação geográfica, 8 investigações foram conduzidas em países europeus (31)(32)(26)(35)(36)(29)(40)(41), 8 nos Estados Unidos da América (EUA) (33)(43)(44)(45)(46)(47)(37)(49) 1 na China (30), 1 no Japão (34), 1 na Turquia (48), 2 no Canadá (39)(42) e 1 na Austrália(29).

Em relação ao género, constatou-se que em 16 estudos existia uma preponderância de elementos do sexo feminino na amostra, verificando-se o inverso em apenas 3 (32)(40)(44) estudos e uma igual proporção de elementos de ambos os sexos em 3 estudos

(26)(34)(35). Verificou-se que, em 10 dos estudos incluídos, a amostra é predominantemente composta por indivíduos de raça caucasiana/raça americana-europeia. A etnia preponderante é hispânica(49)(40%) em apenas um estudo. Em 13 artigos incluídos neste grupo não foram fornecidos dados relativamente à raça/etnia da amostra.

Houve uma heterogeneidade na avaliação de variáveis, com utilização de diversos instrumentos psicométricos, bem como entrevistas semiestruturadas e questionários. Do total dos estudos incluídos, 16 usaram instrumentos/escalas validadas para avaliar os CALSIS e 4 destes instrumentos foram utilizados em mais do que um dos estudos (*FASM* (31)(26)(35)(45)(46)(47); *SITBI* (33)(44)(46); *DSH-I* (34)(40); *OSI* (39)(42)(37)).

A avaliação das EAP mostrou maior heterogeneidade na avaliação de variáveis (Não foram avaliadas as mesmas variáveis em todos os estudos, sendo que alguns apenas avaliaram abuso sexual, outros apenas experiências de abuso e/ou negligência, p.e..) e na utilização de instrumentos psicométricos: 16 utilizaram instrumentos validados, mas somente 4 destes foram usados mais de que uma vez (*LYLES* (31)(26); *CTQ*(29)(33)(44)(46) *PBI* (39)(42) *AUAQ* (39)(42)). A opção mais comumente utilizada foi a auto descrição de EAP, com critérios específicos para definir cada episódio.

Tabela 2 - Estudos com associações entre EAP e CASIS, incluídos nesta revisão, no Grupo I (Descrição do desenho do estudo, amostragem, instrumentos de avaliação utilizados.)

AUTOR (ANO DE PUBLICAÇÃO)	DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRAGEM	ELEMENTOS DO ESTUDO				INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO		
			(N)	GRUPOS CALIS/ CONTROL O	IDADE (MÉDIA ± SD)	GÉNERO (% F)	ETNIA	CALIS	EAP
Wan <i>et al.</i> (2015)(30)	Estudo Transversal	Amostra de estudantes do ensino básico; <i>Junior and Senior middle schools</i> ; China.	14211	3546/10665	15.1 ± 1.9	52,8%	N.F.	<i>Questionnaire Physical and psychological health for adolescents</i>	Versão modificada do <i>Parent-Child Conflict Tactics Scale</i> <i>Centers for Disease Control and Prevention Short ACE Tool</i>
Zetterqvist <i>et al.</i> (2014)(31)	Estudo Transversal	Amostra comunitária; adolescentes com CALIS; Östergötland; Suécia.	816	N.A. ⁴	N.F. (15-17)	NF (437/816) ⁵	N.F.	FASM	LYLES
Christoffersen <i>et al.</i> (2014)(32)	Estudo Transversal	Amostra comunitária, seleção randomizada e estratificada de indivíduos nascidos em 1984 do registo populacional nacional, Dinamarca.	2980	114/2866	N.A. ⁶	47,8 %	N.F.	Entrevista retrospectiva, desenvolvida pelo investigador	Entrevista retrospectiva, desenvolvida pelo investigador
Auerbach (2014)(33)	Estudo Transversal	Amostra Clínica; Programa de Tratamento de Agudos; Boston, EUA.	194	157/37	15.53 ± 1.34	N.F. (144/194) ⁷	Cauc 77.2% As 9.8%	SITBI	CTQ
Zetterqvist <i>et al.</i> (2013)(26)	Estudo Transversal	Amostra comunitária; estudantes no primeiro ano do ensino secundário; Ostergotland; Sudoeste da Suécia.	2964	1287 ⁸ /1651 CALIS+TS (n=169)	N.F. (15-17)	50,6%	N.F.	FASM (métodos e frequência)	LYLES
Tresno <i>et al.</i> (2013)(34)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, estudantes universitários; Japão.	313	31/282	19 ± 0,98	50%	N.F.	DSHI	<i>Child Abuse and Trauma Scale</i>
Kaess <i>et al.</i> (2013)(35)	Estudo Transversal	Amostra clínica; pacientes internados; Hospital Psiquiátrico Universitário de Heidelberg, Alemanha.	125	75/50	17.1 ± 3.1	50,4%	N.F.	FASM (Frequência, métodos e funções)	CECA.Q
Isohookana <i>et al.</i> (2013)(36)	Estudo Transversal	Amostra clínica; unidade psiquiátrica adolescente; Hospital Psiquiátrico Oulu; Finlândia.	508	27/181 117/183 ⁹	15,4	59,2%	N.F.	K-SADS-PL	K-SADS-PL <i>EuropASI Interview</i>
Swannell <i>et al.</i> (2012)(29)	Estudo Transversal	Amostra extraída do estudo da ANESSI; Austrália.	11423	186/11423	52.11 ± 16.89	62,2%	N.F.	Questionário desenvolvido para entrevista telefónica da	CTQ

⁴ Aqui, a variável dependente são as funções automáticas e sociais dos CALIS.

⁵ Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (437/816).

⁶ Amostra apenas composta por jovens nascidos em 1984.

⁷ Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (144/194).

⁸ Estes foram subdivididos em função da frequência dos CALIS : CALIS 1-4 (n=630); CALIS 5-10 (n=311); CALIS>11 (n=26).

⁹ Resultados separados por género, sendo, aqui, primeiramente apresentados os referentes ao sexo masculino (27/181), seguindo-se aos apresentados relativamente ao sexo feminino (117/183).

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

<i>Di Pierro et al. (2012)(38)</i>	Estudo Transversal	Amostra comunitária; estudantes escolas secundárias públicas; Parma, Norte de Itália.	267	49/218	17,03 ± 0,866	70,4%	N.F.	ANESSI SIQ-TR (presença e severidade)	Child Abuse section do Boricua Child Interview
<i>Martin, et al. (2011)(39)</i>	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, Estudantes Universitários não-graduados; Ontário Leste, Canadá.	1296	CALSIS ação 90/1080 ¹⁰	19.29±1.4	52,3%	Cauc 79%	OSI	PBI AUAQ
<i>Jutengren et al. (2011)(40)</i>	Estudo Longitudinal	Amostra comunitária, adolescentes do ensino secundário; Suécia.	880	N.F.	13,72±0,78	N.F. (435/880) ¹¹	N.F.	DSHI-9 (nine-item version)	Questionário desenvolvido pelos investigadores
<i>Baetens et al. (2011)(41)</i>	Estudo Transversal	Amostra de conveniência; Inquérito em Websites (8 <i>websites</i> populares entre jovens flamengos); Flandres; Bélgica.	1417	183/1181	15.13 ± 1.76	81,4%	Maioritariamente Cauc	Dutch version of CASE	Questionário desenvolvido pelos investigadores
<i>Weismoore et al. (2010)(37)</i>	Estudo Transversal	Amostra Clínica; doentes internados em unidades de cuidados agudos psiquiátricos; EUA.	185	116 (62,6%)	15,04±1,32	71,4%	Cauc 84%, Hisp 9,2%	OSI	AUAQ PBI IPPA
<i>Bureau et al. (2010)(42)</i>	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, Estudantes Universitários; <i>Eatern Canadian University</i> , Canadá.	1238	105/1133	19.4±1.5	N.F. (887/1238) ¹²	Maioritariamente Cauc	OSI	AUAQ PBI IPPA
<i>Yates et al. (2008)(43)</i>	Estudo Prospetivo/ <i>Cohort</i>	Amostra de jovens de alto-risco extraída do <i>MLSPC</i> , EUA.	155	26/115 ¹³	20.5 ± 3.74	52,3%	Cauc 68.3%, Afr/ Am 10.4%, Mr 17.7%	SIBQ	Abuso físico detetado por registos oficiais. <i>Neglet</i> avaliado pelos investigadores do projeto
<i>Weierich et al. (2008)(44)</i>	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; recrutamento em clinicas psiquiátricas locais, jornais, <i>placards</i> comunitários e internet, EUA.	86	56/45	17.0 ± 1.9	22,9%	Cauc 63%	SITBI	CTQ
<i>Klonsky et al. (2008)(20)</i>	Revisão sistemática/ Metanálise	Adultos jovens; amostras clínicas e não clínicas.	N = 13 687 43 estudos, 45 amostras		N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
<i>Hilt et al. (2008)(45)</i>	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, adolescentes do sexo feminino, EUA.	94	53/41	12.7	100%	49% Hispn; 71% Cauc	FASM	Revised <i>Peer Experiences Questionnaire</i>
<i>Glassman et al. (2007)(46)</i>	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; recrutamento em clinicas psiquiátricas locais, jornais, <i>placards</i> comunitários e	86	N.F.	17.14 ± 1.88	80,2%	Eu/Am 73.3%	SITBI FASM	CTQ

¹⁰ No estudo, a amostra foi dividida em 3 grupos: “The No NSSI control group was comprised of individuals who had neither thought about nor engaged in NSSI; the NSSI-thoughts only consisted of people who had only thought about engaging in self-injury, but who had not acted upon these thoughts; lastly, the NSSI- action group was made up of those participants who had endorsed both NSSI thoughts and NSSI action in the past 6 months”.

¹¹ Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (435/880).

¹² Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (887/1238).

¹³ Estes foram subdivididos em função da frequência dos CALSIS : CALSIS recorrentes (n=13)/115; CALSIS intermitentes (n=13)/115.

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

		internet, EUA							
Tyler et al. (2003)(47)	Estudo Transversal	Amostra comunitária, alto-risco; adolescentes sem abrigo; Estados da região Centro-Oeste, EUA.	428	N.F. ¹⁴ (69%)	17.4	56%	Eu/Am 59% Afr/Am22%	FASM	Conflict Tactics Scale (abuso físico e neglet) Entrevista (abuso sexual)
Zoroglu. et al. (2003)(48)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; estudantes ensino secundário; Istambul, Turquia.	839	N.F. ¹⁵ (21.4%)	15.9 ± 1.8	61,1%	N.F.	Autoquestionário Ad hoc	Childhood Abuse and Neglect Questionnaire
Rodriguez-Srednicki et al. (2001)(49)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; estudantes universitárias com história de abuso sexual (n=175) e sem hist (n = 266) Área metropolitana de Nova Iorque; EUA.	441	N.F. ¹⁶ (4.1%)	20.6 ± 1.2	100%	Hisp 40.4% Afr 28.1% Cauc 15.0%	Questionário Ad hoc para CALSIS (métodos, frequência)	Questionário demográfico para avaliar a história de ASI

Afr – raça africana **Afr/Am**-raça afro-americana; **Am**-Raça nativo-americana; **ANESSI**-Australian National Epidemiological Study of Self-Injury; **As**-Raça Asiática; **ASI**-Abuso Sexual na Infância; **As/Mo**-Raça asiática/médio oriente; **As/PI**- Raça Asiática/Pacífico; **AUAQ**-Adolescent Unresolved Attachment Questionnaire; **C**- grupo de Controlo; **CALSIS**-Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida; **Cauc**- Raça Caucasiana; **CECA.Q**-Childhood Experiences of Care and Abuse Questionnaire; **CTQ**-Child Trauma Questionnaire; **DTI**-Developmental Trauma Inventory; **DSHI**-Deliberate Self Harm Inventory

EAP- Experiências de Adversidade Precoce; **ELES**- Early Life Experiences Scale; **EASE-PI**-Exposure to Abusive and Supportive Environments Parenting Inventory; **EUA**- Estados Unidos da América; **%F**-percentagem de elementos do Género Feminino; **FASM**-Functional Assessment of Self-Mutilation; **Hisp** – raça hispânica; **IPPA** - Inventory for Parent and Peer Attachment; **K-SADS-PL**- Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version; **LYLES**- Linköping Youth Life Experience Scale; **Lt/Hisp**-raça latino/hispânica;

MLSPC-Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children; **Mr**- Multiracial; **N**- Número de participantes; **N.A.**- Não Aplicável; **N.F.**- Dados não fornecidos; **O**- Outra raça; **OSI** – Ottawa Self-injury Inventory; **PBI**- Parental Bonding Index; **SD**- Standard deviation; **SIQ-TR**-Self-injury Questionnaire— Treatment Related; **SIBQ**-Self-Injurious Behavior Questionnaire; **SITBI**-Self- Injurious Thoughts and Behaviors Interview; **TSSC**- Trauma Symptom Checklist for Children; **TS** – Tentativa de Suicídio.

¹⁴ 69% da amostra apresentava CALSIS

¹⁵ 21,4% da amostra apresentava CALSIS

¹⁶ 4,1% da amostra apresentava CALSIS

Sumário das principais conclusões dos estudos incluídos

A tabela 3 sintetiza os principais resultados dos estudos incluídos e a(s) EAP(s) avaliadas:

Tabela 3 - Principais resultados dos estudos incluídos

AUTOR (ANO DE PUBLICAÇÃO)	EAP AVALIADA	PRINCIPAIS RESULTADOS
Wan et al. (2015)(30)	AEm AFI ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A exposição a AbI associou-se a risco aumentado de CALSIS (2.5–4 vezes superior), independentemente do tipo de abuso, para ambos os sexos. ▪ Verificou-se associação cumulativa entre o número de eventos abusivos e CALSIS. ▪ Maus tratos perpetrados pelos pais ou por outros apresentam risco elevado de CALSIS, sendo este superior, se maltratados por ambos. ▪ A exposição a AbI, sem perceção de ameaça, associou-se a elevado risco de CALSIS, semelhante ao dos elementos com perceção ligeira, moderada ou severa da mesma. ▪ Exposição a qualquer tipo de AbI revelou associação significativa com CALSIS, ao longo de todos os estágios de desenvolvimento, especialmente em situações de exposição contínua.
Zetterqvist et al. 2014(31)	AFI ASI AEm Handicap/Doença Prolongada Adversidades parentais crónicas Vitimização entre pares / bullying	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Após regressão múltipla hierárquica, registou-se associação positiva entre o AEm e doença prolongada ou <i>handicap</i> durante o desenvolvimento e as funções automáticas dos CALSIS (mas não com as funções sociais). ▪ O ASI não evidenciou associação significativa nos modelos de regressão hierárquica, nem com as funções automáticas nem com as sociais. ▪ O AFI apresentou associação significativa com as funções automáticas e com as funções sociais dos CALSIS, após regressão múltipla hierárquica. ▪ As variáveis “Adversidades parentais crónicas” e vitimização entre pares/<i>bullying</i> não evidenciaram associação significativa nem com as funções automáticas nem com as funções sociais dos CALSIS.
Christoffersen et al. (2014)(32)	AFI ASI AEm NgEm Bullying em contexto escolar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uma forma extrema de ambiente invalidante (AbI, ser vítima de <i>bullying</i>, outros eventos de vida traumáticos.) associam-se a risco aumentado de CALSIS (OR: 6.0, $p < 0.0001$). ▪ Trauma Precoce, AFI e ASI aumentam o risco de CALSIS em adolescentes e adultos jovens, sendo o que o O.R. para CALSIS se situa entre os 2.6 ($p < 0.027$) e 4.6 ($p < 0.0001$) para diferentes tipos de maus-tratos na infância. ▪ Ser vítima de <i>bullying</i>, em contexto escolar, foi significativamente associado a um risco elevado de CALSIS (OR: 2.8, $p < 0.0001$). ▪ Indivíduos com eventos traumáticos acumulados apresentam um OR para CALSIS de 3.7 ($p < 0.0001$).
Auerbach (2014)(33)	AFI ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indivíduos com CALSIS demonstraram maiores níveis de AbI e de ASI relativamente ao grupo de controlo, o mesmo não se verificando para o abuso físico. ▪ O AbI associa-se significativamente à frequência dos CALSIS, no mês prévio.
Zetterqvist et al. (2013)(26)	Circunstâncias adversas de infância, avaliadas pela escala LYLES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolescentes sem CAL apresentaram menos circunstâncias adversas de infância do que o grupo com CALSIS e o grupo com CALSIS + TS. ▪ Não se verificaram diferenças entre adolescentes, com frequência de CALSIS entre 1-4 vezes por semana e aqueles, com frequência entre 5-10 vezes por semana, no que concerne a eventos não-interpessoais, interpessoais e circunstâncias adversas de infância. ▪ Foram registadas diferenças significativas ente os grupos de adolescentes com CALSIS, com frequência entre 1-4 vezes e o grupo com frequência superior a 11 vezes por semana, com o grupo com maior frequência de CALSIS a reportar mais eventos não-interpessoais, interpessoais e circunstâncias adversas de infância. ▪ Os grupos, com frequência de CALSIS entre 5 – 10 vezes e superior a 11 vezes, mostraram diferenças estatisticamente significativas nos eventos não-interpessoais, mas não nos interpessoais ou circunstâncias adversas de infância.

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

<i>Tresno et al. (2013)(34)</i>	<p>32 Itens do questionário CAT, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Neglet</i>/ambiente doméstico adverso; - Punição. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O grupo com CALSIS reportou, significativamente, mais sintomas depressivos e maus-tratos na infância mais severos (particularmente <i>neglet</i>), comparativamente ao grupo de controlo. ▪ CALSIS evidenciaram uma correlação superior com experiência de <i>neglet</i> do que com punição.
<i>Kaess e al. (2013)(35)</i>	<p>*A subescala de ASI não foi incluída.</p> <ul style="list-style-type: none"> Antipatia mãe/figura materna Antipatia pai/figura paterna <i>Neglet</i> mãe/figura materna <i>Neglet</i> pai/figura paterna AFI, mãe/ figura materna AFI, pai/figura paterna ASI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associação significativa entre antipatia materna e paterna, <i>neglet</i> materno, AFI paterno e ASI e aumento de probabilidade de CALSIS, com OR (95% IC) variando desde 2,87 até 7.83. ▪ Antipatia (OR 7.83, 95% CI 2.22– 27.67) e <i>neglet</i> (OR 3.90, 95% IC 1.24-12.28) materno registaram os maiores OR (95% IC), sendo seguidos pelo ASI (OR 7.58, 95% CI 1.67–34.32). ▪ Não foi encontrada associação, com significância estatística, quer entre EAP e a frequência dos CALSIS, quer entre EAP e a severidade dos CALSIS. ▪ Na associação entre EAP e funções dos CALSIS, a regressão multivariada registou: associação negativa (antipatia paterna) ou nula entre a influência interpessoal e as EAP; associação positiva (ASI) ou nula entre as funções automáticas e as EAP, bem como entre a função de identificação com pares e as EAP (Associação positiva com AFI materno e <i>neglet</i> paterno.).
<i>Isohookana et al. (2013)(36)</i>	<p>Depressão materna grave</p> <ul style="list-style-type: none"> Abuso de substâncias pelos pais Violência doméstica Divórcio/separação pais Morte de familiar próximo ASI AFI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A relação entre as experiências de adversidade precoce (ASI, AFI e cenários de violência doméstica.) não revelaram associação, estatisticamente significativa, com os CALSIS, no género masculino. ▪ No sexo feminino, foi registado um aumento significativo do risco de CALSIS para vítimas de ASI (OR 1.8, p = 0.049) e para aquelas cujos pais eram divorciados (OR 1.8, p = 0.033). ▪ Um risco aumentado do número de EAP foi associado com um risco aumentado de CALSIS, no género feminino (OR 1.2, p = 0.016).
<i>Swannell et al. (2012)(29)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ASI AFI <i>Neglet</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participantes com qualquer forma de maus-tratos na infância demonstraram risco aumentado para CALSIS, relativamente ao grupo que não apresentava maus-tratos na infância, com O.R. de 5.63 (95% IC 3.66 - 8.66) para sexo feminino e de 3.50 (95% IC 2.06-5.97) para o sexo masculino. ▪ Ao introduzir os 3 tipos de AbI, como variáveis separadas, cada tipo aumentou, significativamente, o risco de CALSIS – com o maior risco para AFI, seguido de <i>neglet</i>, e ASI, para o sexo feminino. No sexo masculino, o maior risco foi verificado para o AFI, seguido pelo ASI e após <i>neglet</i>. ▪ Ao introduzir os três tipos de AbI, em simultâneo, apenas o AFI e <i>neglet</i> aumentaram o risco de CALSIS no sexo feminino. No sexo masculino, apenas o AFI permaneceu significativo.
<i>Di Pierro et al. (2012)(38)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Qualidade da relação figura materna Qualidade da relação com figura paterna ASI AFI NgFI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associação significativa entre CALSIS e indivíduos que reportaram pior relação com a figura materna e/ou incapacidade de idealizar figura materna. A qualidade da relação apresentou associação significativa com a frequência dos CALSIS. A identificação com a figura materna não apresentou associação significativa com a frequência dos CALSIS. ▪ A qualidade da relação com a figura paterna revelou associação negativa com a presença e frequência dos CALSIS. Idealização da figura paterna não apresentou associação significativa com CALSIS. ▪ Indivíduos com ASI, com maior risco de desenvolver CALSIS, comparativamente à população, em geral, e de o fazer com maior frequência do que os restantes indivíduos com CALSIS. ▪ Indivíduos com história de AFI evidenciaram maior risco de desenvolver CALSIS. O AFI não apresentou associação significativa com a severidade dos CALSIS. ▪ O NgFI não foi associado a aumento de risco de desenvolver CALSIS, mas foi significativamente associado com a severidade dos CALSIS entre o grupo de indivíduos com CALSIS.

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

Martin, et al. (2011)(54)	Ambiente Familiar invalidente ASI AFI	<ul style="list-style-type: none"> Indivíduos com CALSIS (Quer grupo com ação, quer grupo com apenas pensamentos.) reportaram relações com figuras parentais mais pobres e mais AFI do que o grupo de controlo. O grupo de controlo revelou melhores <i>outcomes</i> em todas as variáveis avaliadas (Com melhor cuidado materno e paterno, menos problemas de <i>attachment</i> não-resolvidos, menos alienação parental e menor história de AFL), com exceção das variáveis “controlo paterno” e “ASI”. O grupo com CALSIS com ação reportou, significativamente, maior severidade de ASI do que indivíduos dos restantes 2 grupos. Resultados para o género feminino seguiram o mesmo padrão que a amostra em geral. No género masculino, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos para as variáveis “controlo paterno”, “cuidados paternos” e “ASI”.
Jutengren et al. (2011)(40)	Vitimização pares Estilos Parentais Severos	<ul style="list-style-type: none"> A vitimização entre pares apresentou associação positiva com CALSIS. Estilos parentais severos não revelaram associação, estatisticamente significativa, com CALSIS.
Baetens et al. (2011)(41)	<p><i>Bullying</i> em contexto escolar</p> <p>Divórcio, separação ou conflito parental</p> <p>Doença grave e/ou acidente em familiar ou amigo</p> <p>Morte e/ou suicídio em familiar e/ou amigo</p> <p>AFI</p> <p>ASI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registou-se associação significativa entre CALSIS e conflitos interpessoais. Adolescentes com CAL suicidas, com risco aproximadamente duas vezes superior, ao de adolescentes com CALSIS, de reportar suicídio/morte de elementos da família ou amigo e AFI. Adolescentes com CAL suicidas com maior número de eventos de vida negativos do que jovens com CALSIS (M=8.72 vs M=6.56, p<.001, respetivamente). Não foi encontrada diferença significativa entre jovens com CALSIS e CAL suicidas no que concerne ASI.
Weismore et al. (2010)(37)	AFI (dentro e fora do seio familiar) ASI (dentro e fora do seio familiar)	<ul style="list-style-type: none"> ASI/AFI dentro do seio familiar não apresentou associação significativa com CALSIS, com ou sem distorções cognitivas (OR = 2.04 e de 0.83, p > .05, respetivamente). ASI/AFI ocorrido fora do seio familiar (do anglo-saxónico “assault”) não foi significativamente associado a CALSIS (OR = 0.91, p > .05), mas a associação foi significativa, quando considerado o maior grau de distorções cognitivas (OR = 0.69, p < .05).
Bureau et al. (2010)(43)	Dimensões da relação pais-filhos	<ul style="list-style-type: none"> Medo resultante de ausência de cuidados e de proteção parentais e sensação de alienação parental apresentaram associação significativa com CALSIS.
Yates et al. (2008)(43)	ASI AFI NgFI	<ul style="list-style-type: none"> Encontradas associações significativas entre diferentes tipos de maus-tratos, sugerindo comorbilidade entre as diferentes formas de maus-tratos. O padrão de associações entre variáveis diferiu, conforme o género. O ASI foi significativamente associado com CALSIS recorrentes (i.e., 3 ou mais eventos). O AFI revelou associação significativa com CALSIS intermitentes (i.e., 1 a 2 eventos). Estas associações foram independentes de outros fatores de risco associados a maus-tratos na infância e/ou CALSIS (Capacidade cognitiva; <i>status</i> socioeconómico; <i>disrupção</i> familiar, <i>stress</i> de vida materno; exposição a violência doméstica na infância.).
Weierich et al. (2008)(44)	ASI AFI AEm NgFI NgEm	<ul style="list-style-type: none"> Foi encontrada associação significativa entre ASI e a presença e frequência dos CALSIS. Abuso não-sexual, incluindo AFI, AEm não foi, significativamente associado, com a presença e/ou frequência de CALSIS.
Klonsky et al. 2008(20)	ASI	<ul style="list-style-type: none"> Ao longo das 45 amostras, o coeficiente agregado foi 0.23 (95% IC 0.20–0.26), indicando uma relação relativamente pequena entre Abuso Sexual na infância e CALSIS. Após controlar variáveis psicológicas, demográficas e clínicas, a associação entre Abuso Sexual na infância e CALSIS não é significativa.
Hilt et al.	Vitimização entre pares	<ul style="list-style-type: none"> Vitimização entre pares (<i>distress</i> interpessoal) apresentou associação significativa

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

(2008)(45)		<p>com iniciação de CALSIS, com propósito de reforço social.</p> <ul style="list-style-type: none"> A qualidade da comunicação com pares moderou esta relação.
Glassman et al 2007(46)	ASI	
	AFI	<ul style="list-style-type: none"> Análises de correlação revelaram associações pequenas a intermédias entre os diferentes tipos de maus-tratos na infância e CALSIS, no último ano. O NgFI, AEm e ASI apresentaram associação significativa com CALSIS. O AFI e o NgEm evidenciaram associações, não significativas, com CALSIS.
	AEm	
	NgFI	
NgEm		
Tyler et al. (2003)(47)	ASI	<ul style="list-style-type: none"> Usando regressão multivariada, encontram-se associações significativas entre <i>neglet</i>, abuso físico e abuso sexual e CALSIS.
	AFI	
	NgFI	
Zoroglu, S. et al (2003)(48)	ASI	<ul style="list-style-type: none"> Indivíduos com história de abuso ou <i>neglet</i> obtiveram risco 2,7 vezes mais elevado de CALSIS. Indivíduos com CALSIS reportaram mais frequentemente AFI (28.3% vs 9.1%, P< 0.001), AEm, (32.5% vs 11.2%, P< 0.001), ASI (15.6% vs 5.4%, P< 0.001) e <i>neglet</i> (33.3% vs 11.6%, P< 0.001) em comparação com o grupo de controlo.
	AFI	
	AEm	
	NgEm	
Rodriguez-Srednicki, et al. (2001)(49)	ASI	<ul style="list-style-type: none"> Os CALSIS não foram significativamente preditos por ASI, per si. A dissociação mediou a relação entre CALSIS e ASI.

AbI, - Abuso na infância; **AEm**, - Abuso emocional na infância; **AFI**- Abuso Físico na Infância; **ASI**- Abuso Sexual na Infância; **CALSIS**- Comportamentos Autolesivos Sem Intenção suicida; **CAT**- Child Abuse and Trauma; **EAP**- Experiências de Adversidade Precoce; **NgEm**, Neglet-Emocional na Infância; **NgFI**, Neglet Físico na Infância.

1.1. ASSOCIAÇÃO ENTRE O SUBTIPO DE EXPERIÊNCIA DE ADVERSIDADE PRECOCE E OS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA

Na globalidade, foi referida associação significativa entre diferentes subtipos de EAP e CALSIS. Christoffersen *et al.* (2014)(32) sugerem que formas extremas de ambiente invalidante (Abuso na infância, *neglet*, vitimização entre pares/*bullying*, outros eventos de vida traumáticos.) aumentam o risco de CALSIS. Zetterqvist *et al.* (2013) (26) encontram diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo com CALSIS e CALSIS com TS, no que concerne a circunstâncias adversas de infância¹⁷. Tresno *et al.* (2013)(55) indicam que o grupo com CALSIS apresenta, significativamente, maus tratos mais severos na infância (Ambiente doméstico adverso/*neglet*; punição.) do que o grupo controlo.

No que concerne a experiências de abuso na infância e *neglet*, os resultados foram menos consistentes. Wan *et al.*(30) mostram que todos os tipos de abuso (Emocional, sexual e físico.) estão igualmente associados a um aumento de risco de CALSIS, independentemente do género. Estes dados são corroborados por outros estudos, designadamente uma pesquisa conduzida na Dinamarca, em 2014, que concluiu que trauma precoce, abuso físico e abuso sexual na infância aumentam o risco de CALSIS em adolescentes e adultos jovens (32). Swannell *et al.*, em 2012, concluíram que participantes com abuso sexual de infância, abuso físico de infância e *neglet* apresentaram um risco aumentado para CALSIS, relativamente ao grupo sem maus-tratos(29); Zoroglu *et al.*(48) concluem que o abuso na infância e o *neglet* aumentam o risco de desenvolver CALSIS. Num estudo, realizado em população adolescente de alto risco(47), encontram-se, também, associações significativas entre *neglet*, abuso físico de infância, abuso sexual de infância e CALSIS. Kaess *et al.*(35) encontram, de igual modo, associação significativa,

¹⁷ Incluindo abuso sexual na infância, abuso físico na infância, entidade parental encarcerada, abuso de álcool no seio familiar.

entre abuso físico na infância, abuso sexual na infância e *neglet* e CALSIS, descrevendo, no entanto, variações consoante o progenitor envolvido.

Os resultados supracitados contrastam com as conclusões de estudos prévios: uma pesquisa(46) refere que o *neglet* físico, abuso emocional e abuso sexual apresentam associações significativas com os CALSIS, o mesmo não se verificando para o abuso físico e *neglet* emocional; Tresno *et al.* concluem que o abuso emocional evidencia associação significativa com os CALSIS, sendo esta associação superior à encontrada entre punição e CALSIS; já Di Pierro *et al.* encontram associação significativa entre abuso sexual na infância e abuso físico na infância e aumento do risco de desenvolver CALSIS, o mesmo não se verificando para *neglet* físico.

Auerbach *et al.* (2014)(33) concluíram que o grupo com CALSIS apresentava maiores níveis de abuso na infância e de abuso sexual na infância, relativamente ao grupo de controlo, o mesmo não se verificando para o abuso físico. Isto é corroborado num outro estudo(44) em que apenas o abuso sexual demonstrou associação significativa com a presença (e frequência) dos CALSIS. O Abuso Não-sexual, incluindo o abuso físico e/ou emocional, não foi, significativamente associado, com a presença (ou frequência) dos CALSIS(44).

Um estudo em amostra clínica(37) concluiu que o abuso sexual e/ou abuso físico na infância não apresentam associação significativa com CALSIS, nem de forma direta, nem com a presença de distorções cognitivas. Já, previamente (49), era sugerido que o abuso sexual na infância não era preditor significativo dos CALSIS. Consistente com estes resultados, Klonsky *et al.* 2008) (20), numa metanálise, sugerem que a associação entre abuso sexual na infância e CALSIS é ínfima ou pouco significativa, após controlados outros fatores de risco psiquiátricos.

Diferenças entre géneros, na associação entre abuso, *neglet* e CALSIS, foram,

ainda, referidas entre os estudos incluídos, com abuso sexual na infância e abuso físico, a não apresentarem associações estatisticamente significativas com CALSIS, no sexo masculino⁽³⁶⁾, contrastando com o aumento significativo de risco de CALSIS em vítimas de abuso sexual na infância, no género feminino. Já Swannell *et al.* (2012)⁽²⁹⁾, embora tendo concluído que qualquer forma de abuso e *neglet* na infância demonstrem risco aumentado para CALSIS, encontram diferenças entre géneros, sugerindo que o aumento de risco para CALSIS, em função do tipo de abuso/*neglet*, varia consoante o género, com maior risco para abuso físico e *neglet*, seguido de abuso sexual, no sexo feminino e com maior risco para abuso físico e abuso sexual, seguido por abuso emocional, no sexo masculino¹⁸. Martin *et al.*(2011)⁽³⁹⁾ referem existir, também, diferenças entre géneros, sendo que, à semelhança do estudo atrás referido, apesar de mencionarem que o abuso físico e o abuso sexual apresentam diferenças significativas entre o grupo com CALSIS¹⁹ e o grupo de controlo, concluem que o padrão de resultados para o género masculino difere do padrão geral de resultados, não sendo encontradas diferenças significativas entre grupos, na variável abuso sexual na infância. Wan *et al.* (2015)⁽³⁰⁾, todavia, não encontram diferenças, estatisticamente significativas, no que concerne a associação entre diferentes subtipos de EAP e CALSIS.

Relativamente a adversidades parentais crónicas, disfunção familiar/ambiente familiar invalidante, como referido previamente, Zetterqvist *et al.* (2013)⁽²⁶⁾ encontram diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo com CALSIS, no que concerne a circunstâncias adversas na infância²⁰. Yates *et al.* (43) sugerem que nem o *status* socioeconómico, nem eventos de vida stressantes maternos, nem disrupção familiar ou exposição a violência doméstica se associaram a contribuições significativas para a

¹⁸ Sendo que, neste grupo, apenas o abuso físico permaneceu significativo, quando se introduziram os 3 tipos de maus-tratos em simultâneo.

¹⁹ Neste estudo, designado por grupo de CALSIS com ação.

²⁰ Incluindo entidade parental encarcerada e abuso de álcool, no seio familiar.

predição de CALSIS. Contrariamente, um estudo(36) não encontra associação significativa entre exposição a violência doméstica e CALSIS, no sexo masculino, conquanto reportam associação significativa entre divórcio das figuras parentais e aumento do risco de CALSIS, no sexo feminino.

No que concerne às dimensões da relação parental, um estudo(39) encontra associação positiva entre o medo, resultante da ausência de cuidados e proteção parentais, alienação parental e o desenvolvimento de CALSIS. Contrastando com o acima exposto, Jutengren *et al.* (2011)(40) não encontram associação significativa entre estilos parentais severos e CALSIS.

No respeitante a conflitos interpessoais e *Bullying*/vitimização entre pares, é encontrada associação positiva entre CALSIS e conflitos interpessoais, num estudo(41). Christoffersen *et al.* (2014) descrevem uma associação positiva, com aumento de CALSIS na adolescência (OR: 2.8) (32), resultado este corroborado por conclusões de estudos prévios (45)(40).

1.2. ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO, *TIMING* DE EXPOSIÇÃO E O PERPETRADOR DA EXPERIÊNCIA DE ADVERSIDADE PRECOCE E OS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA

A associação entre o número de EAP e CALSIS foi explorada em 5 dos artigos incluídos (30)(32)(36)(26)(48), sendo que em todos foi encontrada uma associação cumulativa entre o número de eventos abusivos e o aumento do risco de desenvolver CALSIS.

A relação entre o período de exposição da experiência de adversidade e os CALSIS foi apenas explorada num estudo(30). Este concluiu que existia associação significativa entre exposição a abuso na infância e aumento do risco de CALSIS, ao longo de todos os estágios de desenvolvimento, especialmente em situações de exposição contínua. Reporta, ainda, que ao ser apenas considerado abuso precoce, o abuso contínuo e o abuso emocional se associam ao maior risco de CALSIS(30).

No que concerne ao perpetrador da EAP, Wan *et al.* (2015) indicam que experiências abusivas perpetradas quer pelas entidades parentais quer por elementos fora do seio familiar, se associam a risco elevado de CALSIS, sendo este superior, se maltratados por ambos. Em contrapartida, Weismoore *et al.* (2010) encontram somente significância estatística para a relação entre abuso sexual/abuso físico na infância, quando este é perpetrado por elementos fora do seio familiar, na presença de distorções cognitivas.

No mesmo âmbito, um estudo (35) encontra associação significativa entre antipatia materna, antipatia paterna e o aumento de risco para CALSIS, sendo a antipatia materna o fator associado ao maior aumento de risco, entre todos os fatores analisados no estudo. Em outro artigo, é encontrada associação negativa significativa entre a relação com a figura materna e/ou incapacidade de idealização desta e a qualidade de relação com

a figura paterna e desenvolvimento de CALSIS(38). Pelo contrário, não foi encontrada relação significativa entre idealização da figura paterna e CALSIS(38). É descrita, ainda, associação entre a relação com a figura materna e paterna e a severidade dos CALSIS: associação positiva entre a identificação com a figura paterna e associação negativa entre a qualidade da relação com a figura paterna e a frequência dos CALSIS (38).

Num outro estudo, embora sejam encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupo com CALSIS e o grupo de controlo²¹, estes resultados apresentam diferenças entre géneros, envolvendo as variáveis “controlo paterno” e “cuidados paternos”, mas não revelam significância estatística, para o sexo masculino(39).

²¹ Com exceção da variável “controlo paterno”.

1.3. ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E A FREQUÊNCIA E A SEVERIDADE DOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

Um total de 8 estudos, em 23, avaliou a associação entre as EAP e a frequência dos CALSIS, sendo os resultados inconsistentes.

Os resultados das pesquisas, conduzidas por Auerbach *et al.* (2014) e Tresno *et al.* (2013), encontram associação positiva entre maus-tratos na infância e a frequência de CALSIS (34). Contrastando com estes dados, Kaess *et al.* (2013)(35) não encontram associação significativa entre nenhum subtipo de EAP e a frequência dos CALSIS.

No estudo de Zetterqvist *et al.* (2013) são encontradas diferenças significativas entre o grupo de baixa frequência e o grupo de frequência mais elevada de CALSIS, no que concerne a circunstâncias de adversidade na infância(26), mas não entre o grupo com baixa frequência de CALSIS e o com frequência entre 5-11 vezes ou entre o grupo com elevada frequência de CALSIS e o grupo com frequência entre 5 a 11 vezes.

Yates *et al* (2008) descrevem uma associação entre o abuso físico na infância e os CALSIS intermitentes, o mesmo não se verificando para os CALSIS recorrentes (43). O *neglet* físico, após controladas as variáveis confundentes, não apresenta associação, com significância estatística, nem com os CALSIS intermitentes, nem com os CALSIS recorrentes(43). O abuso sexual na infância relacionou-se com o aumento de risco para CALSIS recorrentes, mas não para CALSIS intermitentes (43).

Num outro estudo, conquanto seja registada associação significativa entre o abuso sexual na infância e a frequência dos CALSIS, o mesmo não se verifica com as variáveis abuso e *neglet* físico(38).

Na mesma linha, um estudo prévio (44) descreve associação estatisticamente significativa entre o abuso sexual na infância e a frequência dos CALSIS, mas não entre esta e o abuso físico ou emocional.

Em contrapartida, Rodriguez-Srednicki *et al.* (2001) não encontram diferenças significativas entre a frequência dos CALSIS e a presença ou ausência de abuso sexual na infância (49).

A relação entre a severidade dos CALSIS e as EAP foi analisada em 2, dos 21 estudos incluídos, sendo que no estudo de Kaess *et al.* (2013)(35) não é encontrada associação, com significância estatística, entre EAP e a severidade dos CALSIS; no estudo de Di Pierro *et al.* (2012), embora não tenha sido encontrada associação entre abuso físico e a severidade dos CALSIS, foi registada associação significativa entre o *neglet* físico e a severidade dos CALSIS(38). Como já referido na secção anterior, é descrita, ainda, a associação entre a qualidade da relação da figura materna e paterna e a severidade dos CALSIS(38).

1.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E AS FUNÇÕES DOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA

A associação entre as EAP e a função dos CALSIS foi analisada em 3, dos 23 estudos incluídos ((31)(35)(45)) no grupo I, sendo os resultados inconsistentes.

Kaess *et al.* (2013)(35) encontram associação positiva entre o abuso sexual na infância e as funções automáticas dos CALSIS, mas não entre estes e a função de influência interpessoal. Contrariamente, no estudo conduzido por Zetterqvist *et al.* (2014)(31), o abuso sexual na infância não evidenciou associação significativa nem com as funções automáticas nem com as funções sociais dos CALSIS. No mesmo estudo, o abuso físico na infância associou-se, significativamente, quer com as funções automáticas quer com as funções sociais dos CALSIS(31), o que contraria os resultados apresentados por Kaess *et al.* (2013)(35), onde o abuso físico revela associação nula com as funções automáticas e de influência interpessoal dos CALSIS.

O abuso emocional e doença prolongada ou *handicap*, durante o desenvolvimento, associaram-se, significativamente, às funções automáticas dos CALSIS, mas não com as funções sociais(31).

A vitimização por pares, embora não sendo significativamente associada com as funções sociais, nos estudos de Zetterqvist *et al.* (2014) (31) e de Hilt *et al.* (2008)(45), apresentam associação significativa com as funções sociais dos CALSIS e com a qualidade da comunicação com pares, a atuar como mediador desta relação.

A variável “Adversidades Parentais Crônicas” não evidenciou associação significativa nem com as funções automáticas, nem com as funções sociais dos CALSIS(31).

Kaess *et al.* (2013) (35) reportam associação negativa entre a antipatia paterna e a influência interpessoal dos CALSIS. O *neglet* paterno e materno, antipatia materna e

abuso sexual na infância não revelaram associação estatística com a função da influência interpessoal (35). No mesmo estudo é, ainda, analisada a função de identificação com pares, utilizando um modelo de 3 fatores (diferindo dos restantes 2 estudos) (35). A função de identificação com pares dos CALSIS demonstrou associação positiva com abuso físico materno e *neglet* paterno (35).

GRUPO II: FATORES PROPOSTOS PARA MEDIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA

Caraterísticas dos estudos incluídos: métodos, amostras, alocação geográfica

Um total de 17 estudos avaliou os fatores propostos na medição entre EAP e CALSIS. Foi obtida uma amostra total de 21.303 indivíduos, sendo que destes 3.130 cumpriram os critérios para CALSIS. Dos estudos incluídos, 4 (32)(29)(51)(52) tinham um tamanho de amostra superior a 1000 ($n \geq 1000$), 9 (50)(31)(33)(34)(40)(37)(43)(48)(49) apresentavam um tamanho de amostra entre 100-1000 ($100 < n < 1000$) e 4 eram estudos com amostra de pequena dimensão ($n \leq 100$) (44)(45)(46)(53).

A maioria dos estudos, 15 em 17, apresentam um desenho transversal/retrospectivo, existindo 1 estudo com desenho longitudinal(40) e um de *cohort* prospetivo(43).

Dos artigos incluídos, 14 incluíram amostras comunitárias, 7 das quais eram constituídas por estudantes do ensino básico e secundário/estudantes universitários graduados e não graduados; 1(43) estudo utilizou uma amostra de população de alto risco e 3 (33)(37)(50) foram realizados em amostras clínicas.

No que concerne a alocação geográfica, 4 (50)(31)(32)(40) foram conduzidos em países europeus, 7 (33)(37)(43)(44)(45)(46)(49) nos EUA, 1 (34) no Japão, 1 (48)na Turquia, 3 (51)(52)(53) no Canadá e 1 na Austrália(29). Em relação ao género, 14 estudos, em 17, apresentavam predominância do sexo feminino, sendo que destes, 4 (45)(49)(50)(53) utilizaram populações compostas, exclusivamente, por elementos do sexo feminino; 3 (32)(41)(44) dos estudos apresentavam preponderância do sexo masculino na amostra e num artigo não existia preponderância de género na amostra(34).

Verifica-se que na maioria dos estudos incluídos, a amostra é maioritariamente

composta por indivíduos de raça caucasiana/raça americana-europeia. Porém, numa pesquisa, a etnia preponderante é a hispânica (40%) (50) e 8 estudos não forneceram dados relativamente à raça/etnia da amostra.

Houve uma evidente heterogeneidade na avaliação de variáveis, com utilização de vários instrumentos psicométricos: 12 artigos utilizaram instrumentos/escalas validadas para avaliar os CALSIS; 3 usaram questionários e 1 a entrevista semiestruturada *ad-hoc*. Apenas 4 instrumentos (*FASM*(31)(45)(46); *SITBI* (34)(44)(46); *OSI*(36)(53); *SIBQ* (38)(50) foram utilizados mais de que uma vez.

A avaliação das EAP revelou maior heterogeneidade na avaliação de variáveis e na utilização de vários instrumentos psicométricos, com 8 estudos a utilizarem instrumentos validados e standardizados. Apenas 3 instrumentos (*CTQ* (34)(29)(44)(46) (50); *PBI* (36)(53); *AUAQ* (36)(53)) foram utilizados mais de que uma vez.

Para a avaliação do(s) mediador(es) analisados em cada estudo, foram utilizados instrumentos validados e standardizados em 15, dos 18 artigos incluídos. Apenas 2 instrumentos (*K-SADS* (38)(44); *DES* (54)(49)) foram utilizados mais de que uma vez.

Tabela 4- Características dos estudos incluídos no Grupo II (Descrição do desenho do estudo, amostragem.)

AUTOR (ANO)	DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRAGEM	(N)	ELEMENTOS DO ESTUDO			
				GRUPOS CALSIS/ CONTROLO	IDADE (MÉDIA ± SD)	GÉNERO (% F)	ETNIA
Gonçalves <i>et al.</i> (2015)(50)	Estudo Transversal	Amostra Clínica; Doentes com Perturbações Alimentares ²² , recrutadas em Centros especializados no tratamento de Perturbações alimentares; Portugal.	177	65/112	21.58±5.19	100%	N.F.
Zetterqvist <i>et al.</i> (2014)(31)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; adolescentes com CALSIS ²³ ; Östergötland; Suécia.	816	N.A. ²⁴	N.F. (15–17)	NF ²⁵	N.F.
Christoffersen <i>et al.</i> (2014)(32)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, seleção randomizada e estratificada de indivíduos nascidos em 1984 do registo populacional nacional, Dinamarca.	2980	114/2866	N.A. ²⁶	47,8 %	N.F.
Auerbach <i>et al.</i> (2014)(33)	Estudo Transversal	Amostra Clínica; Programa de Tratamento de Agudos; Boston, EUA.	194	157/37	15.53 ±1.34	N.F. (144/194) ²⁷	Cauc 77.2% As 9.8%
Tresno <i>et al.</i> (2013)(34)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, estudantes universitários; Japão.	313	31/282	19 ± 0,98	50%	N.F.
Swannell <i>et al.</i> (2012)(29)	Estudo Transversal	Amostra extraída do estudo da ANESSI; Austrália.	11423	234/1189	52.11 ± 16.89	62,2%	N.F.
Buser <i>et al.</i> (2012)(51)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, Estudantes Universitários não-graduados; Ontário Leste, Canadá.	1296	CALSIS ação 90/1080 ²⁸	N.F. (17–25)	52,3%	Cauc 79%
Jutengren <i>et al.</i> (2011)(40)	Estudo Longitudinal	Amostra Comunitária, adolescentes do ensino secundário; Suécia.	880	N.F.	13,72±0,78	N.F. (435/880) ²⁹	N.F.
Shenk <i>et al.</i> (2010)(52)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, Estudantes Universitários; <i>Eastern Canadian University</i> , Canadá.	1238	105/1133	19.4±1.5	N.F. ³⁰	Predominantemente Cauc

²² Anorexia Nervosa (tipo Restritivo e Purgativo) e Bulimia Nervosa.

²³ Adolescentes com pelo menos 1 episódio de CALSIS durante o último ano.

²⁴ Aqui a variável dependente são as funções automáticas e sociais dos CALSIS.

²⁵ 437/465 elementos do sexo feminino e 331-348 elementos do sexo masculino.

²⁶ Amostra apenas composta por jovens nascidos em 1984.

²⁷ Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (144/194).

²⁸ No estudo, a amostra foi dividida em 3 grupos: “The No NSSI control group was comprised of individuals who had neither thought about nor engaged in NSSI; the NSSI-thoughts only consisted of people who had only thought about engaging in self-injury, but who had not acted upon these thoughts; lastly, the NSSI- action group was made up of those participants who had endorsed both NSSI thoughts and NSSI action in the past 6 months”.

²⁹ Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (887/1238).

³⁰ 887 Indivíduos do sexo feminino no total da amostra (887/1238).

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

Weismoore <i>et al.</i> (2010)(37)	Estudo Transversal	Amostra Clínica; adolescentes internados em serviços de internamento agudo psiquiátricos; EUA.	185	116 (62,6%)	15.04±1.32	71,4%	Cauc 84% Hisp 9.2%
Yates <i>et al.</i> (2008)(43)	Estudo Prospetivo/ <i>Cohort</i>	Amostra de jovens de alto-risco extraída do <i>MLSPC</i> , EUA.	155	26/115 ³¹	20.5 ± 3.74	52,3%	Cauc 68.3%, Afr/ Am 10.4% Mr 17.7%
Weierich <i>et al.</i> (2008)(44)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; recrutamento em clinicas psiquiátricas locais, jornais, placards comunitários e internet, EUA.	86	56/45	17.0 ± 1.9	22,9%	Cauc 63%
Hilt <i>et al.</i> (2008)(45)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária, adolescentes do sexo feminino, EUA.	94	53/41	12.7	100%	49% Hisp; 71% Cauc
Glassman <i>et al.</i> 2007(46)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; recrutamento em clinicas psiquiátricas locais, jornais, placards comunitários e internet, EUA.	86	CALSIS (n=N.F) C (n=NF)	17.14 ± 1.88 (12–19)	80,2%	Eu/Am 73.3%
Pavio <i>et al.</i> (2004)(53)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; Estudantes não-graduadas de Psicologia; Universidade de Windsor; Canadá.	100	41/59	21±1,66	100%	Predominantem ente Cauc
Zoroglu <i>et al.</i> (2003)(48)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; estudantes ensino secundário; Istambul, Turquia.	839	N.F. ³² (21.4%)	15.9 ± 1.8	61,1%	N..F.
Rodriguez-Srednicki <i>et al.</i> (2001)(49)	Estudo Transversal	Amostra Comunitária; estudantes universitárias; Área metropolitana de Nova Iorque; EUA.	441	N.F. ³³ (4.1%)	20.6 ± 1.2	100%	Hisp 40.4% Afr 28.1% Cauc 15.0%

Afr – raça africana; **Afr/Am**-raça afro-americana; **Am**-Raça nativo-americana; **Cauc**- Raça Caucasiana; **EAP**- Experiências de Adversidade Precoce; **EUA**- Estados Unidos da América; **%F**-Percentagem de elementos do Género Feminino; **Hispanic** – Raça hispânica; **Mr**- Multiracial; **N**- Número de participantes **N.A.**- Não Aplicável; **N.F.**- Dados não fornecidos; **O**- Outra raça; **SD**- Standard deviation.

³¹ CALSIS recorrentes (n=13) /115; CALSIS intermitentes (n=13) /115.

³² 21,4% da amostra apresentava CALSIS.

³³ 4,1% da amostra apresentava CALSIS.

Tabela 5. Características dos estudos incluídos no grupo II (EAP, Mediador; Instrumentos de Avaliação.)

AUTOR (ANO DE PUBLICAÇÃO)	EXPERIÊNCIA DE ADVERSIDADE PRECOCE	MEDIADOR	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		
			MEDIADOR	CALSIS	EAP
Gonçalves <i>et al.</i> (2015)(50)	ASI; AFI	Comportamento Purgativo	<i>Eating Disorders Examination (EDE)</i>	<i>Questionnaire Physical and psychological health for adolescents</i>	Versão modificada do <i>Parent-Child Conflict Tactics Scale</i> <i>Centers for Disease Control and Prevention Short ACE Tool</i>
Zetterqvist <i>et al.</i> (2014)(31)	<i>Bullying</i> ; Doença prolongada ou <i>handicap</i> ; Adversidade parental crónica ³⁴ ; ASI; AFI; AEm	Sintomas de Trauma ³⁵	TSSC	FASM	LYLES
Christoffersen <i>et al.</i> (2014)(32)	ASI; AFI; AEm; NgFI; <i>Bullying</i> em contexto escolar.	Suporte Social (Fator Protetor)	<i>The Crisis Support Scale (CSS)</i>	Entrevista retrospectiva, desenvolvida pelo investigador	Entrevista retrospectiva, desenvolvida pelo investigador
Auerbach <i>et al.</i> (2014)(33)	ASI; AFI	Comorbilidades Psiquiátricas Desinibição	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-KID)</i> <i>Gradual onset Continuous Performance Task (gradCPT)</i> <i>Negative Mood Regulation Scale–Japanese (NMR-J)</i>	<i>SITBI</i>	<i>CTQ</i>
Tresno <i>et al.</i> (2013)(34)	32 Itens do questionário CAT, incluindo: <i>neglect</i> /ambiente doméstico adverso, punição. A subescala de ASI não foi incluída.	Regulação Emocional Depressão	<i>Short version of the Center for Epidemiological Studies–Depression Scale.</i>	<i>DSHI</i>	<i>Child Abuse and Trauma Scale</i>
Buser <i>et al.</i> (2012)(51)	Ambiente Familiar invalidante (<i>Deficit</i> de cuidados parentais, controlo parental, alienação parental, relações de <i>attachment</i> não resolvidas); ASI; AFI.	Estilo explanatório pessimista	<i>Attributional Style Questionnaire for General Use (ASQ-CU)</i>	<i>OSI</i>	<i>PBI</i> <i>AUAQ</i>
Swannell <i>et al.</i> (2012)(29)	ASI AFI <i>Neglect</i>	Dissociação Alexitimia Autoculpabilização	<i>Dissociative Experiences Scale</i> <i>Toronto Alexithymia Scale</i> <i>Brief COPE questionnaire (Carver)</i> Questionário previamente validado, adaptado.	Questionário desenvolvido para entrevista telefónica da ANESSI	<i>CTQ</i>
Jutengren <i>et al.</i> (2011)(40)	Vitimização pares; Estilos Parentais Severos.	Desregulação emocional Impulsividade	<i>Youth Psychopathic traits Inventory (YPI)</i> <i>Dysregulation Inventory</i>	<i>DSHI-9</i>	Questionário desenvolvido pelos investigadores
Shenk <i>et al.</i> (2010)(52)	AFI; ASI; NgFI.	Sintomas de PTSD Sintomas Depressivos Desregulação emocional	<i>Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D-10) scale</i> <i>Comprehensive Trauma Interview</i>	<i>Dutch version of the CASE</i>	Questionário desenvolvido pelos investigadores

³⁴ Neste estudo, consideradas: alcoolismo, problemas de saúde mental, prisão, divórcio, conflito durante o divórcio, separação, handicap.³⁵ Neste estudo foram considerados: Dissociação, Depressão, Ansiedade, PTSD, Fúria (?) (anger).

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

Weismore <i>et al.</i> (2010)(37)	ASI (dentro e for a do seio familiar); AFI (dentro e for a do seio familiar).	Distorções Cognitivas (erros cognitivos gerais e auto-visão negativa)	<i>Children's Negative Cognitive Errors Questionnaire (CNCEQ)</i> <i>Cognitive Triad Inventory for Children</i>	OSI	AUAQ PBI IPPA
Yates <i>et al.</i> (2008)(43)	ASI; AFI; NgFI.	Dissociação	<i>Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)</i>	SIBQ	Abuso físico detetado por registos oficiais. Neglet avaliado pelos investigadores do projeto
Weierich <i>et al.</i> (2008)(44)	ASI; AFI; AEm; NgFI; NgEm.	Sintomas de PTSD	<i>PTSD module of K-SADS-PL</i> ³⁶	SITBI	CTQ
Hilt <i>et al.</i> (2008)(45)	Vitimização entre pares.	Qualidade da comunicação com pares	<i>Communication With Peers subscale from the Inventory of Parent and Peer Attachment</i>	FASM	<i>Revised Peer Experiences Questionnaire</i> <i>Perception of Teasing Scale</i>
Glassman <i>et al.</i> 2007(46)	ASI; AFI; AEm; NgFI; NgEm.	Auto criticismo	<i>Self-Rating Scale (SRS)</i>	SITBI FASM	CTQ
Pavio <i>et al.</i> (2004)(53)	AbEm; AFI; ASI; NgFI; NgEm.	Alexitimia	<i>Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)</i>	SIBQ	CTQ;
Zoroglu <i>et al.</i> (2003)(48)	ASI; AFI; AEm; NgEm.	Dissociação	<i>Turkish Version of the DES</i>	Auto questionário <i>Ad hoc</i> , desenvolvido pelos autores	<i>Childhood Abuse and Neglet Questionnaire</i>
Rodriguez Srednicki <i>et al.</i> (2001)(50)	ASI	Dissociação	<i>Dissociative Experiences Scale (DES)</i>	Questionário <i>Ad hoc</i> para CALSIS (métodos, frequência,	Questionário demográfico para avaliar a história de ASI

ASI-Abuso Sexual na Infância; AUAQ- Adolescent Unresolved Attachment Questionnaire; C- grupo de Controlo; CALSIS-Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida; CASE – Child and Adolescent Self-harm in Europe ; CECA.Q-Childhood Experiences of Care and Abuse Questionnaire;CTQ-Child Trauma Questionnaire; DTI-Developmental Trauma Inventory; DSHI-Deliberate Self Harm Inventory EAP- Experiências de Adversidade Precoce; FASM-Functional Assessment of Self-Mutilation;IPPA - Inventory for Parent and Peer Attachment; LYLES- Linköping Youth Life Experience Scale; OSI – Ottawa Self-injury Inventory; PBI- Parental Bonding Index; SIQ-TR-Self-injury Questionnaire—Treatment Related; SIBQ-Self-Injurious Behavior Questionnaire; SITBI-Self- Injurious Thoughts and Behaviors Interview; TSCC- Trauma Symptom Checklist for Children.

³⁶ *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia—Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*

Sumário das principais conclusões dos estudos incluídos

Tabela 6 – Resultados dos principais estudos incluídos no Grupo II

AUTOR ANO DE PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS	MEDIADOR AVALIADO
Gonçalves et al. (2015)(50)	História de AFI/ASI e a presença de comportamentos purgativos obtiveram associação positiva com a ocorrência de CALSIS. A relação entre AFI/ASI e CALSIS, antes do início do distúrbio alimentar, foi atenuada pela presença de comportamentos de purga, com a relação a tornar-se mais fraca, na presença destes comportamentos.	COMPORTAMENTO PURGATIVO
Zetterqvist et al. (2014)(31)	A relação entre o abuso emocional, físico e sexual na infância e as funções automáticas dos CALSIS foi mediada por sintomas de depressão e dissociação. A relação entre o abuso físico na infância e as funções sociais dos CALSIS foi mediada por sintomas de ansiedade e dissociação. Os sintomas de depressão não foram um preditor significativo para as funções sociais dos CALSIS, não sendo incluído nas análises de mediação subsequentes. Os sintomas de ansiedade não foram um preditor significativo para as funções automáticas dos CALSIS, não sendo incluído nas análises de mediação subsequentes. Os sintomas de <i>stress</i> pós-traumático e de raiva não foram um preditor significativo quer para as funções automáticas quer para as funções sociais dos CALSIS, não sendo incluído nas análises de mediação subsequentes.	SINTOMAS DE TRAUMA ³⁷
Christoffersen et al. (2014)(32)	O suporte social é mediador parcial na relação entre eventos de vida traumáticos e CALSIS em adultos jovens.	SUPORTE SOCIAL (FATOR PROTETOR)
Auerbach et al. (2014)(33)	As comorbidades psiquiátricas medeiam a relação entre AbI e a frequência dos CALSIS, ocorridos no mês prévio. O papel de mediação da desinibição na relação entre AbI e a frequência de CALSIS do mês prévio não foi significativa.	DESINIBIÇÃO CO MORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS
Tresno et al. (2013)(34)	Registada correlação positiva entre CALSIS e maus-tratos na infância e correlação negativa entre CALSIS e expetativas/confiança na regulação emocional. <i>Neglet</i> foi associado a mais sintomas depressivos e <i>scores</i> mais baixos no NMRE. Expetativas de regulação emocional negativa mais altas interagiram com maus-tratos na infância para predizerem os CALSIS. Mais maus-tratos foram associados a mais CALSIS, particularmente naqueles com expetativas mais baixas. Maus-tratos na infância, baixas expetativas para regulação emocional negativa e depressão previram CALSIS. Expetativas mais elevadas para regulação emocional atenuaram os efeitos dos maus-tratos infantis, reduzindo o risco de CALSIS. A depressão não apresentou correlação significativa com os CALSIS, quando se consideraram os maus-tratos na infância e a escala NMRE.	REGULAÇÃO EMOCIONAL DEPRESSAO
Swannell et al. (2012)(29)	No sexo feminino, os 3 mediadores (dissociação, alexitimia e autoculpabilização) apresentaram suporte estatístico para o papel de mediação da relação entre AbI e CALSIS, com a autoculpabilização a apresentar o maior efeito. No género masculino, a dissociação e a autoculpabilização mediaram a relação entre AbI e CALSIS. A alexitimia não mediou, de forma estatisticamente significativa, esta relação. No sexo feminino, quer a dissociação, quer a alexitimia, quer a autoculpabilização, reduziram significativamente os efeitos diretos do AFI e do <i>neglet</i> nos CALSIS. No sexo masculino, quer a dissociação, quer a autoculpabilização diminuíram significativamente o efeito direto do AFI nos CALSIS. A alexitimia não foi mediador parcial desta relação.	DISSOCIAÇÃO ALEXITIMIA AUTOCULPABILIZAÇ ÃO
Buser et al. (2012)(51)	Estilo explanatório pessimista apresenta associação significativa com CALSIS. Associação significativa entre AEm e CALSIS, com o pessimismo a atuar como mediador parcial.	ESTILO EXPLANATÓRIO

³⁷ Neste estudo foram considerados: Dissociação, Depressão, Ansiedade, PTSD, Raiva

Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na Adolescência: Papel das Experiências de Adversidade Precoce

		PESSIMISTA
<i>Jutengren et al.(2011)(40)</i>	Não foi encontrado efeito moderador para a autorregulação emocional (desregulação emocional e impulsividade) na relação entre vitimização por pares/ <i>bullying</i> ou estilos parentais severos e CALSIS.	DESREGULAÇÃO EMOCIONAL IMPULSIVIDADE
<i>Shenk et al. (2010)(52)</i>	Os maus tratos na infância apresentaram associação positiva com os CALSIS, sendo esta relação mediada por fatores vários como PTSD, sintomas depressivos e desregulação emocional. Dentro do conjunto de variáveis atrás descrito, apenas os sintomas de PTSD mediam a relação entre maus-tratos na infância e CALSIS. A desregulação emocional não mediu a relação entre maus-tratos na infância e CALSIS, na análise de múltiplos mediadores.	SINTOMAS DE PTSD SINTOMAS DEPRESSIVOS DESREGULAÇÃO EMOCIONAL
<i>Weismore et al. (2010)(37)</i>	ASI/AFI não apresentou associação significativa com CALSIS, na presença ou não de distorções cognitivas. Abuso perpetrado por elementos fora do seio familiar (do anglo-saxónico “assault”) foi associado com CALSIS em adolescentes com maior nível de distorções cognitivas (erros cognitivos gerais e autovisão negativa). Distorções cognitivas/erros cognitivos medeiam a relação entre abuso perpetrado por elementos fora do seio familiar e CALSIS.	DISTORÇÕES COGNITIVAS (ERROS COGNITIVOS GERAIS E AUTO- VISÃO NEGATIVA)
<i>Yates et al. (2008)(43)</i>	Dissociação e somatização foram relacionadas com CALSIS e, em menor grau, com maus-tratos na infância. Apenas a dissociação constitui mediador significativo na relação entre CALSIS recorrentes e ASI.	DISSOCIAÇÃO Somatização
<i>Weierich et al. (2008)(44)</i>	Sintomas de reexperiênciação, incluindo imagens intrusivas do trauma e reatividade fisiológica secundária a re-experiênciação, e sintomas de evitamento/dissociação mediam, de forma independente, a relação entre ASI e CALSIS. Sintomas de hiperativação foram associados com CALSIS, mas a associação foi não-significativa, após se controlarem a presença de sintomas de personalidade <i>borderline</i> .	SINTOMAS DE PTSD
<i>Hilt et al. (2008) (45)</i>	Vitimização por pares foi associada com envolvimento em CALSIS, para reforço social. A qualidade da comunicação com pares moderou essa relação.	QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO COM PARES
<i>Glassman et al 2007(46)</i>	O Autocriticismo mediu de forma estatisticamente significativa a relação entre AEm, durante as infância e envolvimento em CALSIS, durante a adolescência (Sobel [1982] test, $z=2.07$, $p<.05$). O desenvolvimento de CALSIS na adolescência e AEm é, parcialmente explicada, pelo estilo cognitivo autocritico, mas não por criticismo percebido. O papel de Autocriticismo, como variável independente, AEm como mediador, no envolvimento de CALSIS, não obteve suporte estatístico.	AUTO-CRITICISMO
<i>Pavio et al. (2004)(53)</i>	ASI, AFI, NgFI, NgEm e AEm apresentaram associação significativa com CALSIS, e a alexitimia mediu a relação entre AFI, AEm, NgFI e NgEm e CALSIS (mas não a de ASI e CALSIS).	ALEXITIMIA
<i>Zoroglu, et al. (2003)(48)</i>	Após regressão multivariada, foi encontrada associação significativa entre cada tipo de abuso na infância e <i>neglet</i> e dissociação, com esta última a apresentar papel mediador de CALSIS, em adolescentes.	DISSOCIAÇÃO
<i>Rodriguez-Srednicki et al.(2001)(49)</i>	Os CALSIS não foram preditos por ASI, <i>per si</i> , e foram significativamente associados a sintomas dissociativos, na TSC. A dissociação mediu significativamente a relação entre CALSIS e ASI.	DISSOCIAÇÃO

AbI - Abuso na infância; **AEm**- Abuso emocional na infância; **AFI**-, Abuso Físico na Infância; **ASI**- Abuso Sexual na Infância; **CAT**- Child Abuse and Trauma; **NgEm, Neglet**- Emocional na Infância; **NgFI, Neglet**- Físico na Infância; **Adv. PC**- Adversidade parental crónica.

2.1.AUTOCRITICISMO/AUTOCULPABILIZAÇÃO, DISTORÇÕES COGNITIVAS E SUPORTE SOCIAL

O papel de mediação do autocrítico/autoculpabilização foi avaliado em 2 (46)(29), dos 17 estudos incluídos, sendo encontrado suporte estatístico para este papel, na globalidade dos estudos supramencionados.

O autocrítico mediou a relação entre abuso emocional na infância e o aparecimento de CALSIS, sendo significativamente associado com a função de autopunição, mas não com as funções de reforço automático negativo, reforço automático positivo (excluindo o item de autopunição) e reforço social negativo e positivo(46).

O papel de mediação da autoculpabilização na associação entre abuso na infância e CALSIS obteve significância estatística para ambos os géneros, sendo o sexo feminino o mediador avaliado com maior efeito (29). No que concerne o papel de mediação na associação entre subtipos específicos de abuso na infância e CALSIS, para o sexo feminino, mediou significativamente a associação entre abuso físico na infância e entre *neglect* e CALSIS, mediando, igualmente, a relação entre abuso físico na infância e CALSIS, no género masculino(29).

No que concerne a distorções cognitivas (erros cognitivos gerais e auto visão negativa), Weismore *et al.* (2010)(37) concluem que, conquanto encontrem suporte para o papel de mediação destas na relação entre abuso sexual na infância perpetrado por elementos não-cuidadores e CALSIS, o mesmo não se verifica para a relação entre abuso perpetrado por cuidadores e CALSIS³⁸. Buser *et al.* (2012)(51) encontraram associação entre o abuso emocional e os CALSIS, com o estilo explanatório pessimista a atuar como mediador parcial.

Relativamente ao suporte social, Christoffersen *et al.* (2014)(32) encontram

³⁸ Que não atingiu significância estatística, quer na ausência, quer na presença de distorções cognitivas.

suporte estatístico para o papel de mediação parcial do suporte social, na relação entre abuso físico, abuso sexual, maus-tratos psicológicos, *bullying* em contexto escolar e CALSIS. Na mesma linha, outro estudo concluiu que a vitimização por pares foi associada com CALSIS, para reforço social, com a qualidade da comunicação com pares a mediar essa relação(45).

2.2. DESREGULAÇÃO EMOCIONAL/IMPULSIVIDADE/DESINIBIÇÃO/ALEXITIMIA

Dos estudos incluídos, 3 (34)(40)(52) focaram o papel da regulação emocional na mediação da relação entre EAP e CALSIS. Tresno *et al.* (2013)(34) concluem que baixas expectativas para regulação emocional negativa interagiram com maus-tratos na infância para prever os CALSIS e que expectativas mais elevadas para regulação emocional atenuaram os efeitos dos maus-tratos infantis, reduzindo o risco de CALSIS. Estes resultados contrapõem-se aos dos restantes 2 estudos(40)(52), em que não é encontrada significância estatística para o papel de mediador da autorregulação emocional (Desregulação emocional e impulsividade.) entre a vitimização entre pares/*bullying* escolar(40) ou entre estilos parentais severos(40) ou maus-tratos na infância(52) e CALSIS, na adolescência.

O papel de mediação da desinibição, na relação entre abuso na infância e a frequência de CALSIS do mês prévio, não foi significativa(33).

No respeitante à alexitimia, esta apresentou suporte estatístico para o papel de mediação da relação entre abuso na infância e CALSIS, no sexo feminino, mas não no masculino (29). Na mediação entre subtipos específicos de EAP e CALSIS, a alexitimia mediou a relação entre o abuso físico na infância, *neglet* físico, *neglet* emocional e abuso emocional e CALSIS, o mesmo não se verificando para a relação entre abuso sexual na infância e CALSIS (54). Swannel *et al.* (2012) (29) encontram resultados concordantes, para o sexo feminino (Onde a alexitimia reduziu significativamente os efeitos diretos do abuso físico na infância e do *neglet* nos CALSIS.), mas não para o sexo masculino (Em que não foi atingida significância estatística para o papel de mediação parcial desta, na relação entre abuso físico na infância e CALSIS.).

2.3. DISSOCIAÇÃO, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E OUTRAS COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

No âmbito da relação entre comorbilidades psiquiátricas, EAP e CALSIS, Auerbach *et al.* (2014)(33) descrevem que o número de comorbilidades psiquiátricas (Como depressão *major*, perturbações de ansiedade, perturbações do comportamento alimentar, perturbação de *stress* pós-traumático, entre outras.) apresenta um papel de mediação na relação entre abuso na infância e a frequência dos CALSIS.

Particularizando, o papel de mediação da dissociação foi analisado em 6 dos estudos incluídos (31)(52)(43)(48)(49)(29), sendo obtido, globalmente, suporte para esse papel, na relação entre EAP e CALSIS.

A dissociação associa-se, significativamente, com cada subtipo de abuso de infância e com CALSIS (48). Outro estudo, com amostra de adolescentes de risco, encontra associação significativa entre abuso sexual na infância e CALSIS, sendo esta modulada pela severidade dos sintomas dissociativos (52). Em concordância, é encontrado suporte estatístico para o papel desta variável na mediação da relação entre abuso infantil e CALSIS, em ambos os géneros(29). Considerando subtipos específicos de abuso na infância, a dissociação mediou a relação entre abuso físico infantil e CALSIS, para ambos os géneros, e entre *neglet* e CALSIS, no género feminino(29).

No que concerne a frequência dos CALSIS, é encontrado suporte para o papel de mediação da dissociação na relação entre abuso sexual e CALSIS recorrentes (43). No âmbito das funções dos CALSIS, a dissociação medeia (conjuntamente com sintomas depressivos) a relação entre o abuso emocional, físico e sexual na infância e as funções automáticas dos CALSIS(31) e a relação entre o abuso físico na infância e as funções sociais dos CALSIS (conjuntamente com sintomas de ansiedade)(31).

Rodriguez-Srednicki *et al.* (2001), por último, observam que os CALSIS foram, significativamente, associados a sintomas dissociativos, mediando estes a relação entre

abuso sexual na infância e CALSIS (49).

O papel de mediação dos sintomas da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é analisado, especificamente em 3, dos 18 artigos incluídos (31)(44)(52), apresentando resultados com inconsistências.

No estudo de Shenk *et al.* (2010), os sintomas da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático mediam a relação entre maus-tratos na infância e CALSIS(52). Weierich *et al.* (2008) observam que, conquanto os sintomas de reexperienciação, incluindo imagens intrusivas do trauma e reatividade fisiológica secundária a reexperienciação, e sintomas de evitamento/dissociação, mediam, de forma independente, a relação entre ASI e CALSIS, o mesmo não se verificando para os sintomas de hiperativação, os quais apresentaram associação não-significativa com CALSIS(44). Já no estudo de Zetterqvist *et al.*, (2014)(31) os sintomas de *Stress* Pós-Traumático não foram um preditor significativo, quer para as funções automáticas, quer para as funções sociais dos CALSIS, não sendo incluídos nas análises de mediação subsequentes.

No respeitante ao papel de mediação dos sintomas depressivos, os resultados foram, de igual modo, inconsistentes ao longo dos estudos. No estudo de Tresno *et al.* (2013)(34), a depressão não apresentou correlação significativa com os CALSIS, quando controladas as variáveis “maus-tratos na infância” e a escala NMRE. Em concordância, Shenk *et al.* (2010)(52), conquanto observem que os sintomas depressivos medeiam a relação entre os maus tratos na infância e os CALSIS, este resultado não atinge significância estatística. No estudo conduzido por Zetterqvist *et al.* (2014), os sintomas de depressão medeiam, significativamente, a relação entre o abuso emocional, físico e sexual na infância e as funções automáticas dos CALSIS(31). No entanto, os sintomas de depressão não foram um preditor significativo para as funções sociais dos CALSIS, não sendo incluído nas análises de mediação subsequentes(31).

Em relação a Perturbações do Comportamento Alimentar, Gonçalves *et al.* (2015) concluem que a história de abuso físico, de abuso sexual na infância e a presença de comportamentos purgativos obtiveram associação positiva, com a ocorrência de CALSIS. A relação entre abuso físico e abuso sexual na infância e CALSIS, antes do início do distúrbio alimentar, foi atenuada pela presença de comportamentos de purga, com a relação a tornar-se mais fraca, na presença destes comportamentos

DISCUSSÃO

A adolescência, independentemente das suas fronteiras etárias, é um estágio de desenvolvimento distinto tanto da infância como da idade adulta. A complexidade e a rápida evolução das interações neuronais-comportamentais e sociais que marcam esta etapa condicionam um ambiente único, psicopatologicamente fértil para comportamentos aberrantes/desviantes da norma(56). Quando estas condições são acompanhadas pelos ingredientes adequados, como fatores psicossociais que frustam/atrasam processos de desenvolvimento saudáveis, poderão surgir consequências deletérias(56).

Esta revisão pretendeu explorar o papel das EAP nos CALSIS, durante a adolescência, nomeadamente no seu desenvolvimento, frequência, severidade e funções, bem como analisar o papel de mediação de outras variáveis nesta relação.

Na globalidade, os resultados dos artigos incluídos sugerem que indivíduos que experienciam CALSIS apresentam grande probabilidade de ter vivenciado experiências aversivas relacionais negativas e prolongadas, durante a infância, sendo encontrada associação significativa entre ambos, tanto em amostras clínicas, como em amostras comunitárias. Contudo, os resultados encontrados para a associação entre dimensões como a frequência ou a severidade dos CALSIS e o papel desempenhado por diferentes subtipos de experiências e mediadores, apresentaram incongruências, o que sugere que as consequências longitudinais heterogêneas da adversidade precoce nos CALSIS poderão ser explicadas à luz de características individuais de vulnerabilidade, diferenças neurobiológicas e de psicopatologias concomitantes.

No que concerne a experiências de abuso na infância e *neglet*, os resultados foram pouco consistentes, sendo encontrada associação significativa entre os diferentes subtipos de abuso e *neglet* e o aumento de risco de CALSIS, por alguns(30)(32)(29)(48)(35), mas não por outros. As incongruências foram maiores, quando se consideraram experiências

como o abuso sexual infantil, com significância estatística, em parte dos estudos(30)(32)(33)(29)(48)(35)(46)(38)(44), mas a não ser considerada significativa por outros (37) (49), (20). À semelhança do referido para o abuso sexual, no respeitante ao abuso físico e emocional, os resultados foram contraditórios. Outros estudos haviam analisado a associação entre estes e os CAL. Pereira *et al.* (2009)(57), num estudo em adolescentes nas escolas do Siri Lanka, descreveu uma associação significativa entre abuso físico e emocional na infância e CAL. A questão permanece, assim, em aberto, sugerindo a necessidade de investigação futura neste âmbito.

Estudos recentes apontam para o impacto na saúde do indivíduo, a longo prazo, de experiências distintas das EAP, classicamente consideradas, como a exposição a violência na comunidade, situações de pobreza extrema e o *bullying*, em contexto escolar/vitimização, rejeição e isolamento por pares(19). Neste âmbito, ao longo dos estudos analisados, foi encontrada associação significativa entre *bullying*/vitimização entre pares e CALSIS (41)(32)(45)(40). Este resultado é convergente com estudos prévios como o de Prinstein *et al.* (2010), que concluiu que a vitimização entre pares diferenciou adolescentes com ideação suicida de alto grau e CALSIS, daqueles com ideação suicida de baixo/moderado grau e CALSIS(58). Refira-se, contudo, que Zetterqvist *et al.* (2014)(31) não encontraram associação significativa entre *bullying* e as funções dos CALSIS. No entanto, no seu estudo, o *bullying*/vitimização entre pares foi avaliado por um item único do questionário LYLES, o que pode ter influenciado os resultados(31).

No que concerne a associação entre as EAP e a frequência dos CALSIS, os resultados são inconsistentes: Auerbach *et al.* (2014) (34) e Tresno *et al.* (2013) (34) encontram associação positiva entre maus-tratos na infância e a frequência de CALSIS, ao contrário de Kaess *et al.* (2013)(35), que não obtém significância estatística para nenhum dos subtipos de EAP. Já a relação entre a severidade dos CALSIS e as EAP foi

explorada por um número reduzido de artigos, não sendo encontrada associação significativa entre nenhum dos subtipos de abuso (35), contrastando com resultados prévios, que apontam o *neglet* emocional como preditor da severidade dos CALSIS (38).

Foi concluído, por alguns dos estudos incluídos, existirem diferenças significativas entre géneros, para a associação entre diferentes subtipos de EAP e CALSIS (30)(29)(39). Todavia, Wan *et al.* (2015), num estudo, com amostra comunitária de grandes dimensões, não observaram diferenças significativas(36). De facto, e apesar dos resultados sobre diferenças entre géneros serem inconsistentes, ao longo dos estudos(59), uma metanálise concluiu existirem diferenças de género na prevalência e métodos utilizados nos CALSIS, sendo essa diferença mais marcada em amostras clínicas(13).

Segundo Pietrek *et al.* (15), um aspeto relevante, no estudo acerca das EAP, reside no facto de que diferentes padrões de exposição a eventos adversos, tanto no seu tipo, como no *timing* da agressão, têm impactos diferentes na saúde mental do indivíduo. Os resultados obtidos neste artigo sugerem um efeito cumulativo das experiências adversas, sugerindo uma resposta dose-efeito, relativamente ao número de experiências adversas vivenciadas e ao aumento do risco de CALSIS. Este resultado é corroborado por estudos prévios, onde se comprova que o aumento da frequência a eventos adversos se associa a maior risco de patologia psiquiátrica (60)(61). Uma perspetiva diferente é apontada por um outro estudo, cujos resultados sugerem que apenas alguns subtipos de EAP seriam traumáticos para produzir efeitos deletérios, enquanto outros poderiam requerer exposição repetida para causar danos à criança(62).

Apenas um dos estudos incluídos analisou a associação entre o *timing* de exposição a experiências de abuso e *neglet* na infância e os CALSIS(30), encontrando uma associação significativa entre abuso infantil e CALSIS, ao longo de todos os estágios de desenvolvimento, sendo ainda sugerido que o início precoce de experiências aversivas

é importante para entender as vias de desenvolvimento dos CALSIS, e que a exposição contínua ao abuso obteve uma maior associação com CALSIS, sugerindo o efeito cumulativo, explorado no parágrafo anterior.

Tendo em linha de conta o veiculado por Hertzman *et al.* (1999) (63), que postularam que, na idade adulta, as EAP podem afetar o estado de saúde, mediante uma incrustação biológica das EA, em períodos críticos do desenvolvimento e o veiculado por Zink *et al.* (2009)(64), que descreveram uma relação linear entre a idade do primeiro abuso e o *score* obtido na escala de trauma, deverão ser procurados, no futuro, estudos longitudinais que avaliem o impacto do *timing* nos CALSIS.

Estudos recentes identificaram potenciais mediadores na relação entre EAP e CALSIS (autocriticismo, dissociação, alexitimia, p.e.). Uma conclusão importante a ser retirada é a importância de se considerarem estes mediadores, aquando do estudo da associação entre EAP e CALSIS, em contexto de investigação e em contexto clínico.

Nos resultados, o papel de mediação da desregulação emocional na relação EAP e CALSIS foi inconsistente, contrariamente ao esperado. De facto, a conceptualização dos CALSIS como uma forma de regulação emocional, como sugerido por Linehan (1993)(65), é amplamente aceite na comunidade científica. Considera-se que indivíduos com CALSIS experienciam, com maior frequência, emoções intensas, negativas, intoleráveis, e apresentam dificuldades em regulá-las, usando os CALSIS como uma forma rápida de regulação dos afetos, como reforço negativo(59). Assim, os CALSIS podem ser vistos como um estado em que “Na oscilação entre a fantasia e a realidade, o sangrar é o alívio. Serve para baixar a tensão emocional da amargura ou do desamparo, para resolver, no imediato, um sofrimento tido como atroz ou infundável”(66). Wilcox *et al.* (67), num estudo longitudinal, concluíram que a desregulação dos afetos constituía um dos preditores independentes para CALSIS, na amostra em questão. Resultados similares

havia sido encontrados, previamente, indicando-se que adolescentes com CALSIS revelavam menores índices de autoconceito e menor estabilidade emocional que o grupo de controlo(21). Ainda nesta linha, outro estudo concluiu que adolescentes que desenvolveram CALSIS evidenciaram *scores* de afetos negativos mais elevados e menores índices de controlo/regulação de emoções, sendo estes os mais fortes preditores de CALSIS(41). Neste sentido, e em conexão com as EAP, as linhas de investigação atuais apontam, igualmente, que indivíduos que experienciam EAP tendem a desenvolver *deficits* na regulação emocional (21) (43).

Em relação ao papel do autocriticismo/autoculpabilização, deve ser considerada a função de autopunição dos CALSIS, sugerida na literatura. Deve ser tido em conta, ainda, que indivíduos expostos a abuso, frequentemente, crescem num ambiente de excessivo criticismo(46). No presente artigo foi globalmente encontrada correlação para o papel destas variáveis, enquanto mediadores da relação EAP e CALSIS (46)(29). Em contraste, Weismore *et al.* (2010)(37) concluíram não existir correlação entre CALSIS, vítimas de abuso perpetrado dentro do seio familiar e visões do *self* mais negativas.

No que concerne ao papel de mediação da impulsividade, Arens *et al.* (2012)(68) haviam concluído que os indivíduos com maiores níveis de maus tratos reportavam, igualmente, maiores níveis de impulsividade, e que existia correlação significativa para o papel de mediação da impulsividade sob o tipo de “urgência” (mas não sob outras formas) para a relação entre EAP e CALSIS. Na presente revisão, esta foi considerada como fator a ter em conta, aquando do estudo dos CALSIS, havendo, no entanto, dados contraditórios, a seu respeito.

Tendo subjacente a conceptualização dos CALSIS, como fenómeno transdiagnóstico(7)(8), estes têm sido relacionados com psicopatologias, como a depressão e a ansiedade (69). Adicionalmente, as experiências de adversidade precoce

podem predispor os indivíduos a depressão e perturbações de ansiedade, no futuro(60). Neste estudo, o papel da mediação dos sintomas depressivos foi inconsistente: No estudo conduzido por Tresno *et al.* (2013)(34), e em estudos prévios como o de Shenk *et al.* (2010)(70), o papel de mediação dos sintomas depressivos na relação entre os maus tratos na infância e os CALSIS, não atinge significância estatística. Em contrapartida, o estudo conduzido por Zetterqvist *et al.* (2014) concluiu existir um papel de mediação significativo destes sintomas na relação entre o abuso emocional, físico e sexual na infância e as funções automáticas dos CALSIS, mas não nas funções sociais dos CALSIS (70). Estes resultados contrariam, em parte, o postulado por estudos recentes, em que os sintomas depressivos e de desesperança são identificados como um dos fatores que distinguiram os indivíduos com CALSIS do grupo de controlo (71)(72), tanto predizendo os CALSIS, como ocorrendo, concomitantemente, com estes(23).

Implicações para a Prática Clínica e Propostas de Intervenção

Os CALSIS afirmam-se, hoje, como um importante problema de saúde pública(59). Quando se aborda esta área, é importante a identificação dos fatores de risco e dos de proteção implicados, potencialmente identificáveis e modificáveis. Só assim é possível delinear planos preventivos e de tratamento, estabelecendo o tipo e natureza das intervenções necessárias para os indivíduos da população-alvo.

Conquanto seja aceite que nem todos os fatores são, igualmente, significativos no que concerne a estes comportamentos e que não é um único fator de risco ou protetor que determina/evita estes comportamentos, é de realçar a associação robusta entre estes e as EAP's. Propostas de intervenção, preventivas e terapêuticas, com enfoque nestes dois componentes, são ainda escassas, encontrando-se em fase preliminar(73). Urge, pois, enquadrá-las no contexto do indivíduo, do seu meio e do seu percurso biográfico.

De forma consistente com os níveis de prevenção propostos por Caplan

(1968)(74), as intervenções, neste âmbito, podem ser agrupadas em estratégias de prevenção primária, secundária e terciária.

As estratégias de prevenção primária, direcionadas para a globalidade dos adolescentes têm um cariz não seletivo, visando a prevenção dos CALSIS, através da evicção de fatores de vulnerabilidade e precipitantes conhecidos. Assim, estas estratégias pretendem promover a autoestima, resiliência, treino de estratégias de *coping* ou prevenir situações como *bullying*, situações que, como demonstrado nos resultados, se associam ao aparecimento dos CALSIS.

Como referenciado, previamente, é sugerido que exposição a EAP tenha um efeito cumulativo com experiências adversas continuadas, com riscos mais elevados para a saúde, a longo prazo. Estes estudos conferem suporte à importância do investimento na prevenção do abuso, através da promoção de programas educacionais que discutam as sequelas no desenvolvimento do abuso, salientando os sinais de alarme precoce que podem ser originados pelo abuso, com intuito último de quebrar o ciclo de abuso/co morbidade e CALSIS subsequentes.

Programas direcionados para a comunidade escolar, visando a consciencialização acerca da doença mental e espectro dos comportamentos suicidários, quebrando estigmas e atitudes permissivas face a *bullying* e/ou CALSIS e capacitando os pares e o *staff* escolar a identificar jovens em risco, constituem uma mais-valia inequívoca. A quebra do estigma e amplificação de conhecimentos na área, poderão, em última estância, contribuir para uma melhor gestão destas situações em meio escolar, para a sinalização e criação de redes de suporte e para dotar os jovens de competências, para pedir ajuda de forma eficaz.

Por último, tem sido reconhecido, nos últimos anos, o valor das abordagens funcionais e holísticas no tratamento dos CALSIS. Qualquer estratégia terapêutica delineada para estes adolescentes deve explorar, também, o contexto sociocultural e

ambiente familiar (24). Assim, a elaboração de programas de diminuição de violência na comunidade ou, mesmo, estratégias de aumento de rendimentos familiares e diminuição de taxas de desemprego, deve ser vista como uma das pedras angulares de intervenção, no âmbito da esfera político-social.

Considerando-se a prevenção secundária, como referido por Guerreiro *et al.* (2014)(75), a formação de porteiros sociais (Elementos – chave com posição privilegiada para contacto com jovens, como médicos de família, psicólogos, professores, pais.) ou de pares poderá constituir uma estratégia útil para a identificação precoce de estudantes de alto risco para o desenvolvimento CALSIS (Ou, mesmo, de jovens já com CALSIS, não previamente identificados – intervenção terciária.). A formação de médicos e enfermeiros, em contexto de medicina geral e familiar e de urgência, para identificação de jovens em risco de desenvolver CALSIS, bem como a capacitação dos serviços de saúde, para encaminhar os jovens em risco para tratamentos do foro psicossocial, é, de igual modo, relevante. Protocolos de rastreio, neste nível de intervenção, apesar do risco de falsos positivos, constituem também uma estratégia passível de ser aplicada(75).

Por ultimo, na intervenção terciária, considerem-se estratégias que limitem/amorteçam o impacto dos CALSIS, evitando, de igual modo, a sua recorrência. Neste sentido, e no âmbito da associação entre EAP e CALSIS, para além da ativação de redes de suporte social e de intervenções farmacológicas (Destacando-se os antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina.), destaque-se o papel da terapia comportamental dialética(73), da terapia cognitivo-comportamental, focada no trauma(73) e/ou da terapia familiar(75).

Limitações do presente estudo e direções futuras

Não obstante a importância dos resultados deste artigo de revisão, devem ser referidas algumas limitações do mesmo. Primeiro, é importante referir o viés de

linguagem introduzido, uma vez que apenas foram incluídos artigos nas línguas inglesa, portuguesa e francesa, bem como o viés de publicação, devido à inclusão de estudos publicados no *Pubmed*. O risco de viés dos artigos incluídos não foi avaliado nesta revisão, e a informação foi sintetizada, qualitativamente, mas não quantitativamente.

Em segundo, refira-se a grande heterogeneidade, no respeitante a tamanho da amostragem, a utilização de amostras de conveniência, a preponderância de estudos com elementos de raça caucasiana e de indivíduos do sexo feminino e a falta de consistência nas definições e análise das variáveis, o que pode ter enviesado os resultados. De facto, no respeitante a este último ponto, uma recente metanálise estima que a prevalência dos CALSIS varia, em função do instrumento de avaliação utilizado(11), pelo que seria recomendável que os investigadores utilizassem instrumentos de avaliação estandardizados, para uma melhor análise dos resultados.

Outra dificuldade consistiu no facto de existir um reduzido número de estudos que fossem de encontro aos objetivos desta revisão. Neste contexto, optou-se por incluir artigos que utilizaram questionários autorreportados, validados, para estabelecer diagnósticos, e entrevistas semiestruturadas, validadas, para o mesmo efeito, ainda que não constituíssem instrumentos estandardizados.

Circunscrever os critérios de inclusão a artigos que aplicavam entrevistas validadas, estandardizadas, com alta fiabilidade, embora aumentasse o grau de confiança nos resultados por eles apresentados, reduziria o número de estudos incluídos, limitando as conclusões a extrair.

No mesmo âmbito, refira-se que a grande maioria dos estudos apresentava um desenho transversal/retrospectivo e autorreportado, sendo que os resultados por eles apresentados são correlacionais, não podendo ser feitas extrapolações sobre relações causais entre os constructos e não podendo ser olvidado o viés de memória, que o facto

de serem autorreportados, acarreta. Ainda, em relação ao estudo transversal, citem-se, claro, as evidentes dificuldades éticas em realizar estudos longitudinais ou randomizados controlados, atendendo à delicadeza da temática das EAP.

Em terceiro, a falta de diferenciação entre as diferentes EAP, com uma percentagem significativa de estudos a focarem-se numa única forma de EAP (comumente ASI ou AFI) e com poucos a examinarem EAP's como *neglet*, disfunção familiar ou vitimização por pares, podendo limitar a análise dos dados, especialmente se se considerar o facto de ser, hoje, aceite, que os diferentes tipos de EAP ocorrem, com frequência, concomitantemente.

Uma outra dificuldade metodológica reside no facto de vários estudos terem considerado as EAP como um evento dicotómico (i.e., ou ocorrera ou não ocorrera), com apenas um estudo a analisar a influência do *timing* da exposição.

Por último, e tendo em conta a elevada inter-relação entre as diferentes EAP e o efeito sinérgico de múltiplas e diversas desvantagens na infância, seria importante que iniciativas futuras continuassem a explorar a relação entre CALSIS e EAP, focando-se na questão da temporalidade, diferenças de raça, ambiente familiar e relação com pares, com intuito último de redefinir questões como classificação, avaliação, prevenção e tratamento destes comportamentos. Ainda, as linhas de investigação devem procurar, a par, outras potenciais vias para o desenvolvimento de CALSIS e para a sua maior ou menor probabilidade de evolução para cronicidade e/ou tentativa de suicídio/suicídio consumado.

Numa outra perspetiva, a problemática dos CALSIS, para além dos riscos que acarretam *per si*, podem funcionar como a ponta de um iceberg psicopatológico, revestindo-se de crucial importância como sinais de alerta para deteção de EAP, ou para sinalizar a presença de outros diagnósticos psiquiátricos, que urgem tratar

(Comportamentos de risco, depressão *major*). Assim, e apesar de não ser o enfoque deste estudo, em particular, uma linha de trabalho, mais ampla e, *quiçá*, consistente com as crescentes conceptualizações dos CALSIS como fenómeno transdiagnóstico, pode ser de valor, no âmbito de planos de prevenção e *assessment* “personalizados” e na identificação de novos *targets* e abordagens terapêuticas.

CONCLUSÃO

Utilizando as palavras de Favazza, os CALSIS podem ser vistos como uma *“physical and metaphorical attempt to integrate spirit, body, and psyche”*(76). A distinção destes comportamentos daqueles que podem constituir uma das múltiplas expressões do “comportamento de risco” e da cultura normativa do adolescente assume-se como uma tarefa complexa(56).

Foi, globalmente sugerido, que indivíduos que apresentam CALSIS vivenciaram, com grande probabilidade, EAP, sendo encontrada associação significativa entre ambos, tanto em amostras clínicas, como em amostras comunitárias. Uma conclusão importante a ser retirada é a importância de se considerar o papel de mediadores, aquando do estudo da associação entre EAP e CALSIS, em contexto de investigação e em contexto clínico.

Porém, os resultados encontrados para a associação entre dimensões, como a frequência ou a severidade dos CALSIS e o papel desempenhado por diferentes subtipos de experiências e mediadores, apresentou incongruências, o que demonstra a complexidade do tema e sugere que as consequências longitudinais heterogêneas da adversidade precoce nos CALSIS, poderão ser explicadas à luz de características individuais de vulnerabilidade, diferenças neurobiológicas e de psicopatologias concomitantes.

É notória a necessidade de mais estudos na área, de desenho longitudinal, aplicando ferramentas metodológicas consensuais, e que abordem a problemática, de forma holística.

Em suma, as conclusões extraídas desta revisão devem ser consideradas como um ponto de partida para estudos futuros, neste âmbito, permanecendo a questão patente nas palavras de Suyemoto(77) *“...why this particular behavior, at this particular time, to serve this particular function, for this particular patient...”* .

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, por me introduzir ao tema e me espicaçar a curiosidade e o interesse sobre ele; pela orientação nos meandros deste complexo mundo de saber e pelo pragmatismo e crítica construtiva, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

À Maria e ao Leonel, por acreditarem em mim, quando eu própria duvidava.

À outra Maria, que mesmo do outro lado do Oceano, se manteve presente.

E a todos aqueles que, ainda que sem o saberem, contribuíram com acalento e inspiração, nas horas que antecederam a madrugada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benarous X, Guilé J-M, Consoli A, Cohen D, Lewis SP, Heath NL, et al. Nonsuicidal Self-Injury among Youth. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015 Feb [cited 2015 Mar 4];166(3):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.11.062>.
2. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O’carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264–77.
3. Selby EA, Kranzler A, Fehling KB, Panza E. Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;38:79–91. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735815000549>.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington, DC: Arlington; 1980. 494 p.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV*. 4th ed. Arlington, editor. Arlington. Washington, DC: Arlington; 1994. 991 p.
6. American Psychiatric Organization. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV TR*. Washington, DC: Arlington; 2000. 1-915 p.
7. Muehlenkamp JJ. Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(2):324–33.
8. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The Association Between Nonsuicidal Self-Injury and the Emotional Disorders: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015 Feb [cited 2015 Mar 4];37:72–88. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735815000379>.
9. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(2):103–8.
10. Glenn CR, Klonsky ED. Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. *Behav Ther*. 2011;42:751–62.
11. Swannell S V., Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2014;44:273–303.
12. Matos MG de, Simões C, Camacho I, Reis M. *A saúde dos adolescentes portugueses:Relatório do estudo HBSC 2014*. Lisboa; 2014.

13. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;38:55–64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815000409>.
14. National Scientific Council on the Developing Child. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*. Harvard University. Center on the Developing Child. Cambridge, MA; 2010.
15. Rao U, Chen L, Bidesi AS, Shad MU, Thomas MA, Hammen CL. Hippocampal Changes Associated with Early-Life Adversity and Vulnerability to Depression. *BPS* [Internet]. Elsevier Inc.; 2010;67(4):357–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.10.017>.
16. Hawton K, Saunders KE a, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012;379(9834):2373–82. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
17. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* [Internet]. 1998 May [cited 2015 Mar 3];14(4):245–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9635069>.
18. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10(8):867–76.
19. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2015;48:13–21. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213415002409>.
20. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008;192(3):166–70.
21. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2010;198(4):258–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20386254>
22. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal Disord* [Internet]. Educational Publishing Foundation; 2012;3(2):167–75. Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/per/3/2/167.html>.
23. Marshall SK, Tilton-Weaver LC, Stattin H. Non-suicidal self-injury and depressive symptoms during middle adolescence: a longitudinal analysis. [Internet]. *Journal of youth and adolescence*. 2013. p. 1234–42. Available from: <http://download.springer.com/static/pdf/482/art%253A10.1007%252Fs10964-013-9919->

- 3.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10964-013-9919-3&token2=exp=1448841015~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F482%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10964-013-991.
24. Nock MK, Joiner J T, Gordon K, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65–72.
 25. Orlando CM, Broman-Fulks JJ, Whitlock JL, Curtin L, Michael KD. Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behav Ther [Internet]. Elsevier B.V.; 2015;46(6):824–33.* Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789415000179>.
 26. Zetterqvist M, Lundh L-G, Svedin CG. A Comparison of Adolescents Engaging in Self-Injurious Behaviors With and Without Suicidal Intent: Self-Reported Experiences of Adverse Life Events and Trauma Symptoms. *J Youth Adolesc [Internet]. 2013;42(8):1257–72.* Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10964-012-9872-6>.
 27. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;178(1):101–5.* Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178110001587>.
 28. Victor SE, Klonsky ED. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;34(4):282–97.* Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735814000543>.
 29. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl [Internet]. 2012;36(7-8):572–84.* Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.005>.
 30. Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PLoS One [Internet]. 2015;10(6):e0131239.* Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0131239>.
 31. Zetterqvist M, Lundh L-G, Svedin CG. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]. 2014;8(1):23.* Available from: <http://www.capmh.com/content/8/1/23>.
 32. Christoffersen MN, Møhl B, DePanfilis D, Vammen KS. Non-Suicidal Self-Injury-Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse Negl [Internet]. 2014;44:106–16.* Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25435107>.

33. Auerbach RP, Kim JC, Chango JM, Spiro WJ, Cha C, Gold J, et al. Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;220(1-2):579–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.027>.
34. Tresno F, Ito Y, Mearns J, Environment H. college students : The moderating role of mood regulation expectancies. *Int J Psychol*. 2013;48(6):1009–17.
35. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier; 2013;206(2-3):265–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178112006427>.
36. Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):13–22.
37. Weismoore JT, Esposito-Smythers C. The role of cognitive distortion in the relationship between abuse, assault, and non-suicidal self-injury. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 Nov 29];39(3):281–90. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3810118&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
38. Di Pierro R, Sarno I, Perego S, Gallucci M, Madeddu F. Adolescent nonsuicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2012;21(9):511–20. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-012-0289-2>.
39. Martin J, Bureau J-F, Cloutier P, Lafontaine M-F. A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2011;40(11):1477–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21365260>.
40. Jutengren G, Kerr M, Stattin H. Adolescents' deliberate self-harm, interpersonal stress, and the moderating effects of self-regulation: A two-wave longitudinal analysis. *J Sch Psychol*. Society for the Study of School Psychology; 2011;49(2):249–64.
41. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):56–67.
42. Bureau JF, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine MF, Cloutier P. Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc*. 2010;39:484–94.

43. Yates TM, Carlson EA, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol.* 2008;20(2):651–71.
44. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):39–44.
45. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):63–71.
46. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child Maltreatment, Non-Suicidal Self-Injury, and the Mediating Role of Self-Criticism. *Behav Res Ther.* 2007;45(10):2483–90.
47. Tyler K a., Whitbeck LB, Hoyt DR, Johnson KD. Self-Mutilation and Homeless Youth: The Role of Family Abuse, Street Experiences, and Mental Disorders. *J Res Adolesc.* 2003;13(4):457–74.
48. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(1):119–26.
49. Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual abuse, dissociation, and adult self-destructive behavior. *J Child Sex Abus.* 2001;10(3):75–90.
50. Gonçalves S, Machado B, Silva C, Crosby RD, Lavender JM, Cao L, et al. The Moderating Role of Purging Behaviour in the Relationship Between Sexual/Physical Abuse and Nonsuicidal Self-Injury in Eating Disorder Patients. *Eur Eat Disord Rev [Internet].* 2015;(2007):n/a – n/a. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/erv.2415>.
51. Buser TJ, Hackney H. Explanatory style as a mediator between childhood emotional abuse and nonsuicidal self-injury. *J Ment Heal Couns.* 2012;34(2):154–69.
52. Shenk CE, Noll JG, Cassarly J a. A Multiple Mediation Test of the Relationship between Childhood Maltreatment and Non-suicidal Self-injury. *J Youth Adolesc.* 2010;39(4):335–42.
53. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abus Negl.* 2004;28(3):339–54.
54. Martin J, Bureau J-FF, Cloutier P, Lafontaine M-FF. A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *J Youth Adolesc [Internet].* 2011;40(11):1477–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21365260>.

55. Tresno F, Ito Y, Mearns J. Risk factors for nonsuicidal self-injury in Japanese college students: The moderating role of mood regulation expectancies.
56. Steinberg L. Neuroscience Perspective on Adolescent Risk Taking. 2008;28(1):1–27.
57. Bilesha, Department of Community Medicine F of MGS LP, Truls, Duke University Medical Center NCUØ, PL, Department of Medicine F of MU of RGSLA, et al. Prevalence and correlates of physical and emotional abuse among late adolescents. The Sri Lanka Medical Association; 2009 Apr 21 [cited 2015 Dec 5]; Available from: <https://www.mysciencework.com/publication/show/1554997/prevalence-and-correlates-of-physical-and-emotional-abuse-among-late-adolescents>.
58. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, et al. Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2010 Jul [cited 2015 Dec 24];38(5):669–82. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3686282&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
59. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ, Lewis S, Walsh B. Non-suicidal self-injury. *Advances in psychotherapy: Evidence-based practice*. first. Göttingen: Hogrefe Publishing; 2011. 98 p.
60. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*. 2004;82(2):217–25.
61. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health*. American Public Health Association; 2008 May 10;98(5):946–52.
62. AH C, PM C. Physical and psychological maltreatment: relations among types of mal- treatment. *Child Abus Negl*. 1991;
63. Hertzman C. The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896:85–95.
64. Zink T, Klesges L, Stevens S, Decker P. The development of a sexual abuse severity score: character- istics of childhood sexual abuse associated with trauma symptomatology, somatization, and alcohol abuse. *J Interpers Violence*. 2009;24.
65. Linehan M. *Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse*. 1993.
66. Saraiva CB. *Estudos Sobre o Para-suicídio*. Coimbra: Redhorse Indústria Gráfica; 2006.

67. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med* [Internet]. 2012;42(04):717–26. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291711001814.
68. Arens AM, Gaher RM, Simons JS, Dvorak RD. Child maltreatment and deliberate self-harm: a negative binomial hurdle model for explanatory constructs. *Child Maltreat* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2015 Nov 12];19(3-4):168–77. Available from: <http://cmx.sagepub.com/content/19/3-4/168.abstract>.
69. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The Association Between Nonsuicidal Self-Injury and the Emotional Disorders: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;37:72–88. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735815000379>.
70. Shenk CE, Noll JG, Cassarly J a. NIH Public Access. *J Youth Adolesc*. 2011;39(4):335–42.
71. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors Distinguishing Youth Who Report Self-Injurious Behavior: A Population-Based Sample. *Acad Pediatr*. Elsevier Ltd; 2012;12(3):205–13.
72. Hankin BL, Abela JRZ. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2011;186(1):65–70.
73. Lang CM, Sharma-Patel K. The Relation Between Childhood Maltreatment and Self-Injury: A Review of the Literature on Conceptualization and Intervention. *Trauma, Violence, Abus* [Internet]. 2011;12(1):23–37. Available from: <http://tva.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1524838010386975>.
74. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books; 1964.
75. Guerreiro D. *Comportamentos autolesivos em adolescentes*. 2014;99–254.
76. Armando R. Favazza. *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. third edit. Johns Hopkins University Press, editor. Maryland: Johns Hopkins University Press; 2011. 352 p.
77. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 1998 Aug [cited 2015 Dec 24];18(5):531–54. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735897001050>.