



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SARAH ARIF DAUDALI

***IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NOS COMPORTAMENTOS
AUTOLESIVOS E SUICIDÁRIOS NA ADOLESCÊNCIA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTORA MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA

DOUTORA FIDJY RODRIGUES

ABRIL/2022

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	9
2.1 FONTES DE INFORMAÇÃO E MÉTODO DE PESQUISA.....	9
2.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E DE EXCLUSÃO	9
3 RESULTADOS.....	11
3.1 A ADOLESCÊNCIA	11
3.2 DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO E COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS.....	13
3.3 PANDEMIA COVID-19	16
3.3.1 <i>Impacto na Saúde Mental dos Adolescentes</i>	17
3.3.1.1 Contexto Familiar.....	18
3.3.1.2 Contexto Educativo.....	21
3.3.1.3 Contexto Social, Cultural e Ambiental.....	22
3.3.1.4 Contexto Económico	25
3.3.1.5 Os mais vulneráveis.....	26
3.4 EPIDEMIOLOGIA DOS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS E SUICIDÁRIOS.....	29
3.4.1 <i>No período temporal pré-COVID-19</i>	29
3.4.2 <i>No período temporal coincidente com a Pandemia COVID-19</i>	34
3.4.2.1 Incongruência dos resultados	34
3.4.2.2 Impacto nos serviços de urgência	34
3.4.2.3 Impacto das diferenças de género e do contacto social nos STBs.....	38
3.4.2.4 Impacto da abertura/encerramento das escolas nos STBs	40
3.4.2.5 Impacto nos adolescentes vulneráveis e de alto risco de STBs	44
3.4.2.6 Impacto nos comportamentos autolesivos	45
3.4.2.7 Impacto na Europa	46
3.4.2.8 Impacto nos países em desenvolvimento.....	47
3.4.3 <i>No período temporal pós-COVID-19</i>	49
3.5 ADEQUAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS E TERAPÊUTICAS.....	51
4 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	55
AGRADECIMENTOS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

LISTA DE ABREVIATURAS

CAL

Comportamentos Autolesivos

CID-10

Classificação Internacional de Doenças

COVID-19

Doença de Coronavírus 2019

COVID-SI

Ideação Suicida devido à COVID-19

COVID-TS

Tentativa de Suicídio devido à COVID-19

CSPP

Cuidados de Saúde Pediátricos Primários

DGS

Direção-Geral da Saúde

DSH

Deliberate Self-harm

EUA

Estados Unidos da América

IS

Ideação Suicida

LGBTQ

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero e Queer

NSSI

Non-suicidal Self Injury/ Comportamento autolesivo sem intenção suicida

OMS

Organização Mundial de Saúde

PEA

Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

POC

Perturbação Obsessivo-compulsiva

PTSD

Perturbação/Perturbações de Stress Pós-traumático

SARS-CoV-2

Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2

SNC

Sistema Nervoso Central

STBs

Suicidal Thoughts and Behaviours/ Pensamentos e Comportamentos Suicidários

SU-STBs

Serviço de Urgência por Pensamentos e Comportamentos Suicidários

SU-TS/NSSI

Serviço de Urgência por Tentativa de Suicídio e/ou Comportamentos autolesivos sem intenção suicida

SUs

Serviço(s) de Urgência(s)

TS(s)

Tentativa(s) de Suicídio

vs

Versus

RESUMO

Introdução: Desde as últimas décadas, os comportamentos autolesivos e suicidários constituem um premente problema de saúde pública. As medidas de distanciamento e isolamento social impostas pela pandemia COVID-19 resultaram numa intensa disrupção do quotidiano dos adolescentes, introduzindo diversos novos fatores a considerar na estratificação e prevenção do risco de comportamentos suicidários e autoinfligidos nesta faixa etária.

Objetivos: A escrita deste artigo tem por base reunir, avaliar e comparar a literatura disponível acerca do impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos adolescentes, em particular nas taxas de comportamentos autolesivos e suicidários, assim como destacar as estratégias preventivas e intervenções adaptadas a esta nova realidade.

Materiais e Métodos: Mediante uma pesquisa criteriosa na base de dados PubMed® foram selecionados artigos datados de 2020 em diante com exceção da literatura que contribuiu para a definição de adolescência, suicídio, comportamentos autolesivos e respetivas epidemiologias.

Resultados: Nos adolescentes, a pandemia COVID-19 resultou num aumento das taxas de perturbação do sono (22%), ansiedade (37%), depressão (44%), luto prolongado (55%) e de stress pós-traumático (55%). Foram descritas divergências nas opiniões dos especialistas em relação a um possível acréscimo ou redução do risco de comportamentos autolesivos e suicidários. Durante a primeira vaga da pandemia, a reabertura das escolas, contrariamente ao respetivo encerramento, refletiu-se no incremento das taxas de comportamentos autolesivos (42%), ideação (30%), planos (15%) e tentativas de suicídio (6,4%), proeminentemente no sexo feminino.

Conclusão: Apesar do evidente impacto negativo da pandemia COVID-19 na saúde mental dos adolescentes, os dados acerca do seu efeito nas taxas de comportamentos autolesivos e suicidários ainda se encontra, primordialmente, numa fase especulativa. Reforça-se, assim, a necessidade da contínua investigação acerca da prevalência destes comportamentos durante e após a pandemia, de modo a adequar as respostas preventivas universais, seletivas e específicas a serem implementadas a curto e longo prazo.

Palavras-chave: COVID-19 · Pandemia · Adolescentes · Suicídio · Comportamentos Autolesivos · Saúde Mental

ABSTRACT

Introduction: Previous decades show that self-harm and suicidal behaviours represent a pressing public health problem. Measures of social distancing and confinement imposed by the COVID-19 pandemic have yielded an intense disruption in the day-to-day lives of teenagers. This introduces novel factors to consider in adolescent self-harm and suicide risk assessment and prevention.

Aims: This study aims to collate, assess, and compare the literature available on the impact of the COVID-19 pandemic in adolescents' mental health, particularly in suicide and self-harm rates, as well as to highlight preventive strategies and interventions tailored to this current scenario.

Materials and Methods: Following an in-dept search on the PubMed® database articles dated from 2020 onwards were selected, except for the supporting literature contributing to the definition of adolescence, self-harm, suicide, and their respective epidemiology.

Results: The onset of the COVID-19 pandemic in adolescents resulted in increased rates of sleep disturbance (22%), anxiety (37%), depression (44%), prolonged grief (55%), and post-traumatic stress disorder (55%). Divergences in experts' opinions regarding a possible increase or decrease in the risk of self-harming and suicidal behaviours have been described in this study. Predominantly amongst females, during the first wave of the pandemic, the reopening of schools, as opposed to their closure, reflected in increased rates of self-injury (42%), suicide ideation (30%), plans (15%) and attempts (6,4%).

Conclusion: Despite the evident impact of the COVID-19 pandemic on adolescents' mental health, statistics related to the rates of self-harm and suicidal behaviors is still primarily in a speculative phase. These findings underscore the unequivocal need for continuous research into the prevalence of these behaviours throughout and after the COVID-19 pandemic, in order to adapt and implement universal, selective, and specific preventive short- and long-term responses.

Keywords: COVID-19 · Pandemic · Adolescents · Suicide · Self-harm · Mental Health

1 | Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende as idades entre os 10 e 19 anos, inclusive. Esta faixa etária é caracterizada por um acentuado crescimento e desenvolvimento físico, afetivo, social e moral, do qual advém uma maior instabilidade emocional, busca pelo prazer e impulsividade.¹

Desde as últimas décadas que os comportamentos autolesivos e suicidários representam um grave problema evitável de saúde pública, revelando-se o suicídio como uma das três primeiras causas de morte nos adolescentes.^{2,3}

O surgimento da atual pandemia pela Doença de Coronavírus 2019 (COVID-19) alterou de forma súbita e inesperada o modo como todos nós vivenciamos o nosso cotidiano, provocando, num período de dois anos, mais de 6 milhões de mortes mundialmente e sujeitando bilhões de habitantes ao isolamento profilático.⁴

Embora os adolescentes sejam menos suscetíveis à infecção pela Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), as restrições impostas por esta crise constituem uma potencial ameaça à saúde mental desta população.

Globalmente, aproximadamente 13% dos adolescentes sofrem de perturbações mentais,² estatística que seguramente irá sofrer um acréscimo face à vulnerabilidade que permeia esta nova atualidade.

Com o decretamento do distanciamento físico, do isolamento social e, conseqüentemente, do encerramento das escolas e da ausência de atividades ao ar livre, os jovens permanecem mais tempo em família – favorecendo, possivelmente, um melhor suporte, vigília e coesão familiar.⁵ Todos estes fatores estão associados à prevenção do suicídio e lesões autoinfligidas.⁶

Por outro lado, um maior número de conflitos, particularmente em famílias previamente disfuncionais, e o risco de violência doméstica dele decorrente poderá ser visível com a implementação da quarentena.^{5,7} A ansiedade, depressão, raiva, baixa autoestima, solidão, ausência de atividades sociais, diminuição do desempenho acadêmico, alterações do padrão de sono e aumento da prevalência de comportamentos de risco para a saúde constituíram, também, outros dos fatores negativos do *lockdown* promotores de comportamentos suicidários e autolesivos.^{8,9}

Adicionalmente, a privação dos acessos aos cuidados de saúde, seguimento clínico, angústia e insegurança quanto ao futuro devido à COVID-19, podem contribuir para o aparecimento/agravamento significativo de perturbações psiquiátricas e, como tal para

uma maior vulnerabilidade a ideações e atos suicidas.¹⁰

A escrita deste artigo de revisão tem por base reunir, analisar e comparar a literatura existente acerca do impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental, principalmente no suicídio e comportamentos autolesivos (CAL) nos adolescentes. Sabendo que a pandemia não se limita ao presente e poderá deixar futuras repercussões físicas e psicológicas, pretendemos, ainda, destacar estratégias preventivas e intervenções eficazes adaptadas a esta nova realidade e de extrema importância nesta população vulnerável.

De forma a facilitar a compreensão da temática abordada, os resultados incidirão, inicialmente, numa breve definição da adolescência, do suicídio, dos comportamentos autolesivos e da pandemia de COVID-19, seguida do impacto das medidas de contingência na saúde mental e nas várias esferas onde o adolescente se encontra incluído; posteriormente, abordaremos a epidemiologia dos comportamentos suicidários e autolesivos antes, durante e após a era pandémica e, por fim, o presente artigo terminará com a adequação das respostas preventivas e terapêuticas.

2 | Metodologia

Para a elaboração do presente trabalho foi seguida a metodologia recomendada para a realização de revisões narrativas, de forma a sintetizar efetiva e rigorosamente, bem como identificar lacunas na evidência científica existente sobre o impacto da pandemia COVID-19 nos comportamentos autolesivos e suicidários na adolescência.

2.1 Fontes de informação e método de pesquisa

Entre o período que medeia junho a novembro de 2021, através de uma pesquisa criteriosa na base de dados PubMed®, foram selecionados artigos através dos seguintes termos MeSH (*Medical Subject Headings*): “Covid” [AND] “Suicide” [OR] “Self-harm”, aplicando o filtro de idade pediátrica (0 aos 18 anos). Esta revisão da literatura foi complementada por outros materiais considerados relevantes, como relatórios institucionais e governamentais. A título de exemplo, entidades como a OMS ou a Direção-Geral da Saúde (DGS) disponibilizaram recursos recentes e atualizados nas suas páginas de *web* institucionais, de forma a assegurar que a informação sobre a atual pandemia fosse a mais credível possível e de fácil acesso a todos os interessados.

2.2 Critérios de elegibilidade e de exclusão

A pesquisa foi restringida a estudos escritos em inglês, português e espanhol. Dado que a infeção por SARS-CoV-2 surgiu no final do ano de 2019, os artigos selecionados datam de 2020 em diante, com exceção dos documentos que contribuíram para a definição de adolescência, suicídio, comportamentos autolesivos e respetivas epidemiologias.

Após a estratégia de pesquisa adotada, prosseguiu-se à exclusão de determinados artigos por não abordarem em concreto o tema do trabalho e/ou incluírem participantes de outras faixas etárias. Referências relevantes dos artigos selecionados para este estudo foram, também, incluídas. (Figura 1)

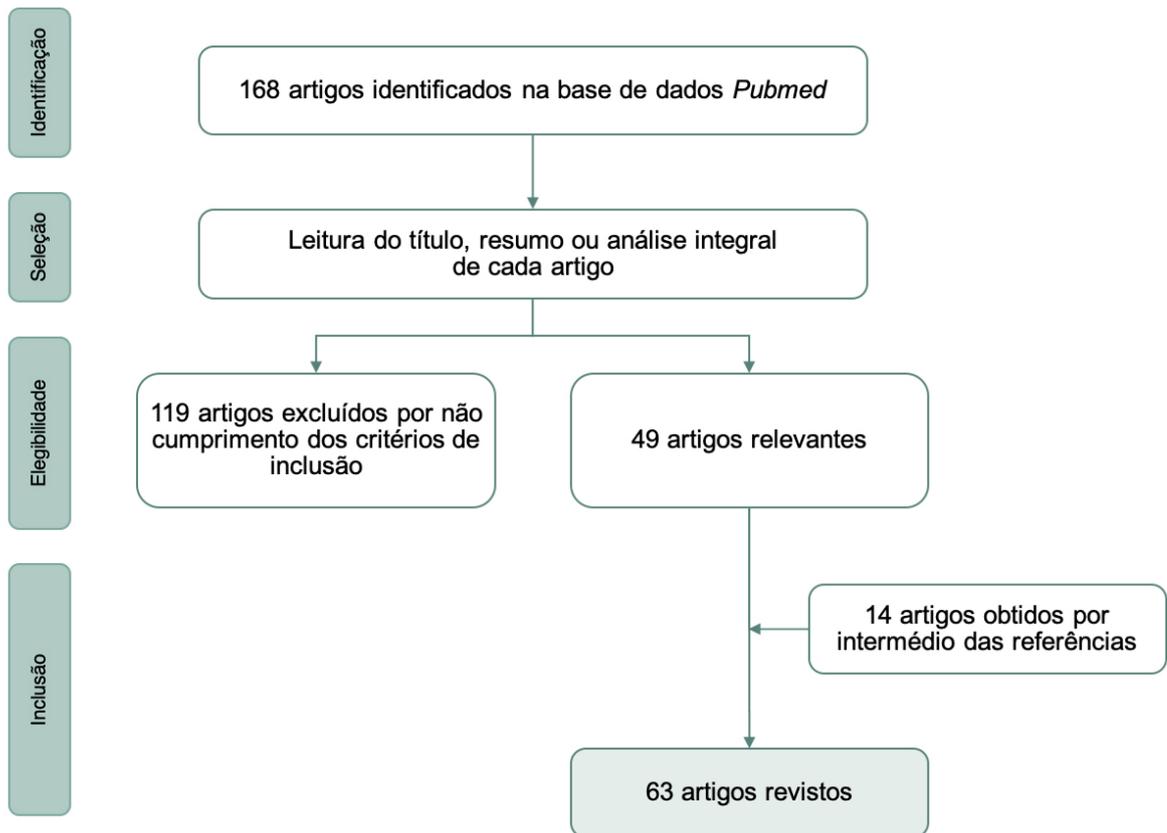


Figura 1. Fluxograma do método de pesquisa e seleção dos artigos revistos.

3 | Resultados

3.1 A Adolescência

A etimologia da palavra adolescência reflete o processo inerente a esta etapa de vida: provém do latim *adolescere*, que significa *ad* (para) e *olescer* (crescer), remetendo à ideia de desenvolvimento, de preparação para o que está a vir, de mudança e transformação.¹¹

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela OMS e DGS entre os 10 e os 19 anos, inclusive; enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU) considera esta etapa entre os 15 e os 24 anos intitulando-a de *youth/young adult*.³ Didaticamente, pode ainda ser dividida em 3 fases:¹

- i. **Precoce/pré-adolescência:** dos 10 aos 13 anos, onde há a tendência para alcançar a independência dos pais e uma importância crescente da imagem corporal a par das rápidas transformações físicas típicas;
- ii. **Média/adolescência propriamente dita:** dos 14 aos 17 anos, assinalada pela adoção de estilos de vida e códigos de conduta dos pares aliada à inúmera variedade e intensidade de sentimentos experienciados resultando em conflitos mais frequentes;
- iii. **Tardia/pós-adolescência:** dos 18 aos 21 anos, etapa final de aquisição da identidade sexual, vocacional, intelectual e moral, bem como da autonomia da pessoa.

Assim, a adolescência é a fase da vida onde ocorre a transformação da criança num adulto. Inicia-se com o aparecimento de mudanças neurobiológicas que principiam a aquisição de características, competências e valores que, por sua vez, potenciam: a consolidação do desenvolvimento cognitivo, a interação com o meio físico e sociocultural, a interiorização de normas e expectativas sociais, a construção de uma identidade própria e, por fim, a capacidade de assumir o seu papel na sociedade.¹¹

Trata-se de uma fase de readaptação, formação e identificação, particularmente vulnerável a pressões internas (psicológicas e afetivas) e externas (pais, pares, professores e sociedade) às quais o adolescente é alvo. Caracteriza-se por uma acentuada mudança, mas também por um desequilíbrio emocional e comportamental.

De um período de maior dependência da família, o adolescente avança para uma maior autonomia relativamente a essas figuras, encontrando no grupo de pares o seu principal pilar estrutural e afetivo. No caminho, alguns jovens sentem-se

incompreendidos no seio familiar e no contexto social em que se inserem, resultando num maior número de conflitos, desentendimentos e episódios de violência física e/ou psicológica (*bullying*).¹¹

Dado isto, a existência de vivências desajustadas nos diferentes contextos de vida podem levar à incapacidade do adolescente em confrontar e lidar com os vários desafios e sentimentos de solidão, tornando-se numa fase propensa à adoção de comportamentos de risco – tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas, relações sexuais não protegidas e, acima de tudo, comportamentos agressivos, autolesivos ou mesmo suicidas – como solução para os seus problemas, sendo relativamente comum o sofrimento psíquico.^{8,12}

De acordo com Steinberg¹³, a vontade de explorar novas situações, com as quais o jovem ainda não sabe lidar, não se deve à irracionalidade ou à ignorância, mas sim à impulsividade emocional (derivada da imaturidade do córtex pré-frontal); encontrando-se esta fortemente associada ao aumento do risco de tentativas de suicídio (TSs) como forma de alívio da dor e sofrimento.

É nesta fase de vida – denotada pelas oscilações de humor (variando de alegria até à tristeza e depressão), pela necessidade de aceitação do grupo e pelo crescimento da autoestima e resiliência mental – que a permanência de comportamentos de risco, pode revelar-se como um *trigger* para o desenvolvimento, no presente e no futuro, de problemas de saúde mental.¹⁴

Apesar da frequente descrição da adolescência como um estadió de elevada instabilidade (“psicose normal”), na realidade, cerca de 80% dos adolescentes não evidenciam problemas comportamentais; pelo que estes não devem ser considerados comuns nem “normais”.¹

Contudo, a deteção precoce de sinais de uma adolescência “patológica” – traduzida pela falta de esperança, incapacidade de lidar com as emoções e ausência de sentido de pertença¹² – revela-se importante, na medida em que, contribui para a diminuição do sofrimento existente, previne a sua evolução e o impacto negativo a ela inerente no bem-estar mental, social e físico dos adolescentes.

3.2 Definição de Suicídio e Comportamentos Autolesivos

A palavra suicídio deriva do latim *sui* (si mesmo) e *caedĕre* (ação de matar) designando o ato de “matar-se a si mesmo”.¹⁵ No entanto, esta temática é inegavelmente mais complexa do que esta simples descrição.

O suicídio é classicamente definido como todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, com o prévio conhecimento do seu efeito letal.¹⁵ Contudo, os comportamentos suicidários não se limitam à morte por suicídio. Pelo contrário, abrangem um alargado espetro de ações, que podem variar da ideação suicida (IS), elaboração do plano e tentativa de suicídio (TS), até ao suicídio consumado.⁶ (Figura 2)

Entendida como indicativo primário de risco de futuros atos suicidas, a IS pode ser classificada de forma hierárquica, desde os pensamentos não recorrentes, a cognições persistentes acerca da própria morte até aos planos mais concretos de como pôr término à vida.^{6,15} Pode-se, desta forma, supor que quanto mais grave a IS, em termos de intenção, planeamento, frequência e duração, maior é a probabilidade de uma TS.

No que diz respeito a atos suicidas propriamente ditos englobam-se as TSs e o suicídio consumado.^{6,12} O resultado de um ato suicida pode, então, variar desde a não ocorrência de lesão, até à morte.

A TS refere-se a um ato voluntário que visa a morte do indivíduo, mas que, por razões diversas, geralmente alheias à vítima, não se finaliza.⁶ Sendo assim, o que diferencia a TS do suicídio (consumado) é o resultado, pois a fatalidade é atingida neste último.

O suicídio na adolescência aparenta ser apenas a ponta visível do iceberg; quase sempre ocultos, mas com um impacto epidemiológico muito superior, surgem os comportamentos autolesivos (CAL).¹² Em contraste com os comportamentos suicidários, os CAL diferem na intenção de morte.⁶ (Figura 2)

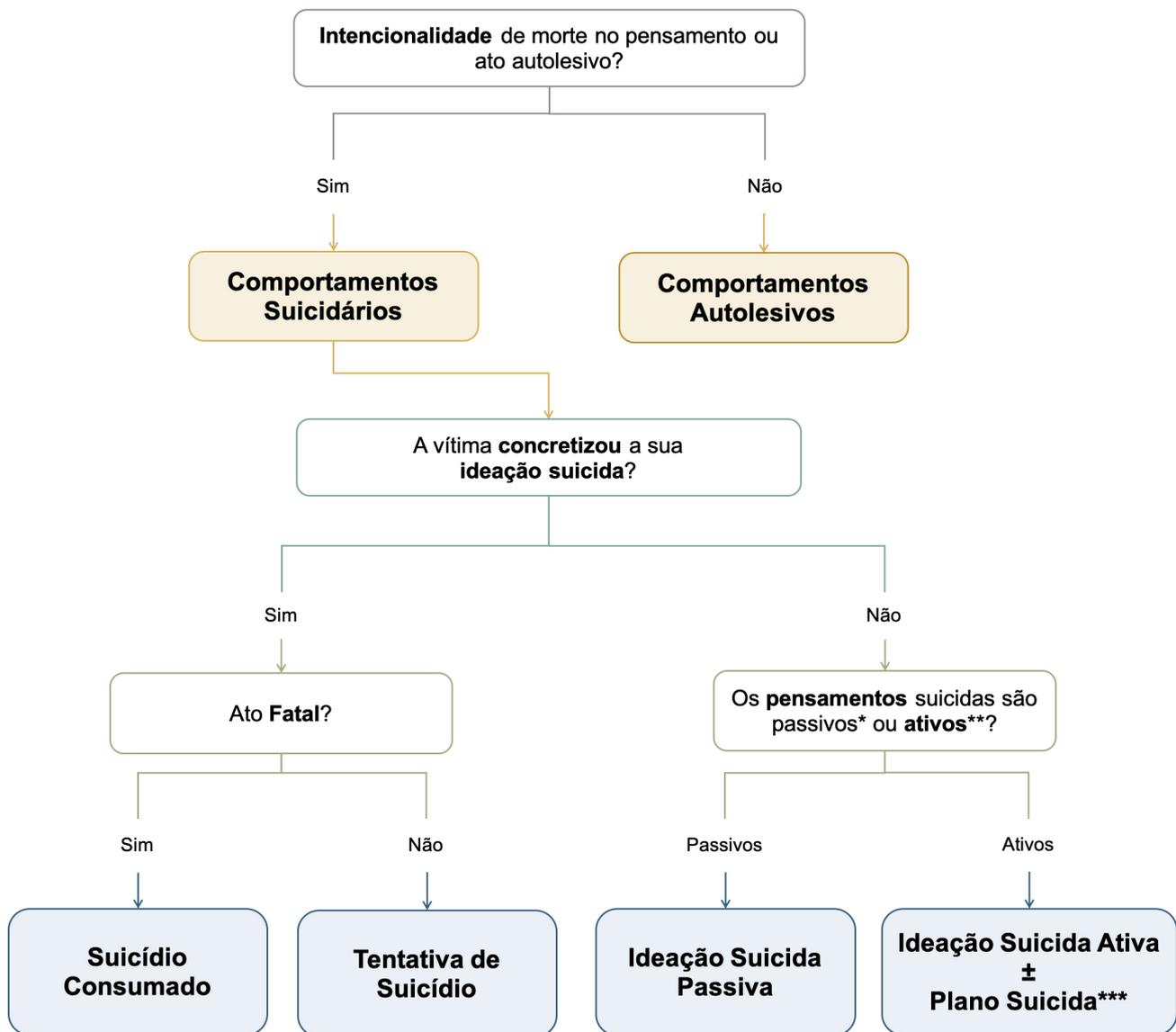


Figura 2. Algoritmo de classificação de Comportamentos Suicidários e Autolesivos. Adaptado de *Suicidal Ideation and Behavior in Adults (2021) – UpToDate*.¹⁶ | ***Ideação passiva** é definida como o desejo ou a esperança de que a morte o alcance rapidamente / de estar morto (como exemplo: “Era melhor se eu não existisse”) – alude à presença de pensamentos suicidas leves e esporádicos e, por conseguinte, um baixo risco de adoção de um comportamento suicidário potencialmente letal.^{16,17} ****Ideação ativa** refere-se a pensamentos persistentes e recorrentes de se matar a si próprio, com a possível preparação para o ato suicida através da elaboração de um *****Plano Suicida** – que indicia um risco elevado e imediato de suicídio (sobretudo quanto mais detalhado o plano) envolvendo a escolha do método, especificação da ocasião e preparação individual para a morte.^{16,17}

O recurso à autolesão é, de forma simplista, uma estratégia de *coping* cujo principal propósito é a regulação emocional através da fuga a sentimentos e pensamentos angustiantes.¹⁸ Podendo, também, ser compreendida como um “pedido de ajuda oculto”,

em que a dor física atenua a dor psicológica e confere ao adolescente uma sensação de controlo sobre si próprio.¹⁸

Distinguem-se na literatura anglo-saxónica dois grandes grupos de CAL:¹²

- *Deliberate self-harm* (DSH): inclui qualquer método de autolesão, independentemente da presença ou não de intenção suicida;¹⁷
- *Non suicidal self-injury*/Comportamento autolesivo sem intenção suicida (NSSI): refere-se à destruição do tecido corporal do próprio na ausência de intencionalidade de morrer (como exemplos: cortes, aranhões e queimaduras).²⁰

Importa ainda sublinhar que apesar das TSs e dos CAL representarem termos distintos, encontram-se indissociavelmente relacionados, podendo mesmo coocorrer. Tal como a presença de TSs prévias, também os CAL representam um dos mais importantes preditores de futuro suicídio.^{6,12}

3.3 Pandemia COVID-19

Em finais de 2019, foi relatado o primeiro caso de um novo coronavírus denominado de SARS-CoV-2, na cidade de Wuhan, na República Popular da China. A sua rápida e alarmante disseminação pelos restantes continentes levou a que o Diretor-Geral da OMS declarasse, a 11 de Março de 2020, a infeção por COVID-19 uma pandemia mundial.²¹

Trata-se de uma doença infetocontagiosa e apresenta como principais vias de transmissão o contacto direto (pessoa-a-pessoa) – através da inalação de gotículas que advêm da boca ou nariz da pessoa infetada quando tosse, espirra ou conversa (menos de 2 metros) – e o contacto indireto, pela inalação dessas mesmas gotículas que ficam nos objetos e/ou superfícies.²¹

Na tentativa de desacelerar a tendência crescente de transmissão viral e impedir o colapso dos serviços de saúde, a OMS sugeriu que todos os países afetados aderissem ao protocolo de isolamento físico e distanciamento social como a principal medida a ser tomada para conter a expansão da pandemia.²¹

Do qual sucedeu, o uso obrigatório de máscara e a regular higienização das mãos, o encerramento das instituições de ensino e a transição da aprendizagem presencial para *online*/telescola, a implementação do trabalho à distância (teletrabalho) e a proibição do acesso a estabelecimentos, serviços, eventos e circulações não essenciais, entre outros.

Posto isto, é evidente que a saúde física constituiu o foco de atenção no combate a esta grave crise pandémica, pelo que as implicações ligadas à saúde mental foram frequentemente negligenciadas ou subestimadas.

A pandemia COVID-19 tem um enorme impacto na sociedade, mas afeta particularmente as crianças e os adolescentes, que embora apresentem um quadro clínico infeccioso mais ligeiro com baixas taxas de morbimortalidade, são especialmente sensíveis a mudanças, a fases de transição e à perda de estabilidade da estrutura social, cultural e familiar.⁷ A rotina diária da juventude foi alterada, bem como a sua forma de habitar e de sentir o mundo, afetando profundamente o bem-estar psicológico desta nova geração.²²

3.3.1 Impacto na Saúde Mental dos Adolescentes

A saúde mental está subjacente à capacidade humana de pensar, sentir, aprender, trabalhar, estabelecer relações significativas e de contribuir para a comunidade e para o mundo.²

As perturbações mentais representam a principal causa de incapacidade a nível europeu, sendo responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis.²³

Segundo dados mais recentes, as estimativas mundiais indicam que, até ao início do ano de 2021, cerca de 13% dos adolescentes sofriam de perturbações de saúde mental, ou seja, aproximadamente, 166 mil milhões de adolescentes viviam com um distúrbio mental;² sendo que, metade das doenças psiquiátricas que se irão manifestar ao longo da vida adulta – maioria antes dos 24 anos – iniciaram no período da adolescência.²⁴

A prevalência de distúrbios mentais nos adolescentes tem vindo a aumentar na última década²³ e, dada a emergente pandemia da COVID-19, é suscetível que continue a incrementar; uma vez que esta faixa etária carece de capacidades psicológicas de resiliência, de adaptação e de *coping* presentes nos adultos.

A investigação relacionada com os efeitos da pandemia pela COVID-19 na saúde mental dos adolescentes é ainda preliminar e maioritariamente redigida nos Estados Unidos da América (EUA) e na República Popular da China. Até ao momento, os resultados disponíveis demonstram consistentemente um aumento da prevalência de perturbações mentais e/ou comportamentais.

A título de exemplo, um estudo decorrido na China,²⁵ através de questionários preenchidos pelos pais e incorporando os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), relatou sintomas de dificuldade de separação (*clinginess*, 37%), défice de atenção (33%), irritabilidade (32%), preocupação (28%), pedidos obsessivos de atualizações de informações acerca da COVID-19 (27%), medo da morte de um familiar (22%), perturbações do sono (22%), pesadelos (14%) e agitação (13%) em crianças e adolescentes durante a época de confinamento imposta pela pandemia.

Contudo, é de salientar que, em certos casos, as mudanças na vida das crianças devido à COVID-19, influenciaram positivamente a saúde mental infantil.

Como enunciado anteriormente, perante o contexto mundial de ameaça à saúde pública, todos os países guiaram-se por medidas de mitigação específicas afetando todas as esferas em que os adolescentes se encontram inseridos: **familiar, educativa, social, ambiental, cultural e económica.**

3.3.1.1 Contexto Familiar

Nos adolescentes, o confinamento pode ter um impacto negativo particularmente no que diz respeito ao movimento para a autonomia e diferenciação da família através da relação privilegiada com os pais, típica desta faixa etária.

Concluiu-se que o *lockdown* exacerbou problemas preexistentes como a pressão e repreensão por parte dos pais, conflitualidade entre os elementos do agregado familiar, violência doméstica e abuso de substâncias psicoativas, prejudicando a dinâmica familiar e contribuindo, desta forma, para uma elevada prevalência de depressão (43.7%), ansiedade (37.4%) e uma maior tendência para a adoção de comportamentos extremos por parte dos adolescentes,^{5,26,27} tanto durante como após o término do período de isolamento.²⁸

Cerca de dois anos após o seu aparecimento, a COVID-19 já infetou mais de 445 milhões de indivíduos mundialmente e lamentou a morte de mais de 6 milhões de pessoas.⁴ Estima-se que, aproximadamente, quarenta mil crianças tenham perdido um dos pais devido à infeção pela SARS-CoV-2 nos EUA,¹⁰ número este seguramente superior a nível mundial.

Foi demonstrado um risco aumentado – que se prolonga até à idade adulta – de perturbação de stress pós-traumático (PTSD; 45%) e de adaptação, luto prolongado (55%), pensamentos e comportamentos suicidários (STBs; 38%) em crianças e adolescentes durante o confinamento, nomeadamente, após a morte de um dos pais.²⁹

Um estudo baseado em questionários *online*,²² com o propósito de avaliar a reação emocional de adolescentes europeus face ao isolamento profilático, revelou que os jovens que perderam alguém conhecido devido à COVID-19 apresentaram uma maior probabilidade de experienciar sentimentos de raiva, tristeza, tédio, sensação de vazio e ansiedade – sobretudo em adolescentes com idade superior a 14 anos e do sexo feminino. Este último dado pode ser explicado pelo facto das raparigas serem mais propensas a internalizarem os seus sintomas – e assim a estarem sujeitas a um maior sofrimento emocional pessoal – enquanto os rapazes exteriorizam as suas emoções por

meio de atos físicos (como por exemplo, através da agressividade, adoção de comportamentos delinquentes e STBs).³⁰

Adicionalmente, pais que recuperaram da infeção pela SARS-CoV-2 apresentam, conseqüentemente, um risco acrescido de desenvolverem doenças neuropsiquiátricas e praticarem atos suicidas.^{31,32} No mesmo seguimento, adolescentes que vivem com um progenitor com doença mental apresentam uma maior probabilidade de virem a sofrer de distúrbios psiquiátricos e STBs.¹⁰

Verificou-se, também, uma maior repercussão das medidas de contingência sobre a saúde mental em famílias monoparentais, de baixo rendimento económico e/ou de filho único – realçando, assim, a importância da estrutura familiar.³³

Nestes tempos atípicos, os adultos da família foram desafiados a promover relacionamentos saudáveis, regras, rotinas e apoios adequados, ao mesmo tempo que conciliavam o teletrabalho e enfrentavam os seus próprios medos e incertezas.⁵ Todas estas novas mudanças podem ter procedido numa exacerbação do *stress* sentido pelos próprios pais e na deterioração das relações entre pais e filhos, particularmente em famílias previamente disfuncionais, resultando num impacto negativo na saúde mental das crianças e adolescentes, incluindo um possível aumento do risco de suicídio.^{5,8,34}

No mesmo seguimento, ao contrário do sexo masculino, as meninas, em termos normativos, encontram-se mais ligadas emocional e funcionalmente às famílias, pelo que os rapazes podem vivenciar uma crescente dificuldade na permanência no lar pela maior probabilidade de conflitos familiares e castigos – antecedentes comuns ao suicídio no adolescente.³⁵

Durante os primeiros meses da pandemia, assistiu-se a um incremento exponencial de relatos de violência doméstica, negligência e exploração infantil, resultante, em parte, da inatividade da rede de apoio e proteção dos jovens e, conseqüentemente, de uma maior facilidade do agressor em consumir a sua intenção.^{5,7,36}

Dadas as circunstâncias impostas pelo confinamento obrigatório e distanciamento social foram vários os fatores promotores de violência por parte dos pais/cuidadores nas crianças e nos adolescentes, entre os quais se identificaram:

- instabilidade económica global, desemprego, falta de recursos financeiros e divórcio/ separação conflituosa;^{8,37}

- o abuso do consumo alcoólico e toxicológico por parte dos cuidadores conduziu à impulsividade e agressividade, potenciando um aumento do risco de maus tratos psicológicos, emocionais e físicos;³⁵
- uma maior dificuldade dos pais em equilibrarem o teletrabalho e as tarefas domésticas com o acréscimo da necessidade de atenção à educação escolar dos filhos, resultando num aumento do *stress* paternal, que se refletiu no aumento de castigos, comportamentos agressivos e violentos.^{5,34}

Tanto a exposição a maus tratos ativos como passivos numa idade muito precoce resulta em sequelas permanentes sob a forma de um atraso no desenvolvimento cerebral, com consequências linguísticas, académicas, sociais e cognitivas.⁷ Exemplificando, há uma maior preponderância por parte dos jovens para a adoção das seguintes atitudes: delinquência, abuso de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, decréscimo do desempenho académico, abandono escolar e reprodução da violência quer em si próprio (autolesão) quer nos mais próximos (*bullying*, violência nas relações amorosas e confrontos com os pares).⁷ Os maus tratos durante o confinamento resultaram, ainda, no acréscimo de perturbações psicossomáticas e neuropsiquiátricas, de sintomas de depressão e ansiedade, de PTSD e das taxas de suicídio.^{10,37}

Embora as consequências negativas da pandemia mereçam a devida atenção, é de notar que as medidas sanitárias implementadas contribuíram, em certas circunstâncias, positivamente para a saúde mental das crianças. Em particular, um incremento no tempo passado em família pode contribuir para uma maior coesão familiar pautada pelo apoio emocional, educativo e social e diminuição de sentimentos de angústia e inutilidade.⁵ Estes fatores foram identificados como responsáveis pela redução do risco de suicídio, uma vez que se encontram associados à proteção da saúde mental e aumento da resiliência em jovens expostos a adversidades.⁶

Um maior tempo de permanência em casa permite também aos pais a capacidade de limitar o acesso a meios letais – nomeadamente de pesticidas, analgésicos e armas de fogo – bem como de acompanhar de perto os seus filhos, reduzindo o risco acrescido de STBs; uma vez que o rápido acesso a meios letais é um preditor vinculado de morte por suicídio.^{5,6}

Contudo, é de sublinhar que as compras de armas de fogo, nos EUA, aumentaram durante a pandemia; correlacionando-se com um acréscimo de 40% de apresentações hospitalares pediátricas resultantes de lesões de armas de fogo, sobretudo em rapazes adolescentes negros não hispânicos.³⁸

3.3.1.2 Contexto Educativo

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO),³⁹ no início de março de 2020, as escolas encontravam-se encerradas em 191 países mundialmente, privando mais de 1,6 mil milhões de estudantes de frequentarem o ensino presencial – número este que representa 80% da população estudantil mundial. Por outras palavras, esta emergente crise interrompeu a aprendizagem em sala de aula de pelo menos 9 em cada 10 crianças em todo o mundo.

Perante a necessidade de proceder a alterações nos modos de ensino, reinventou-se e reintroduziu-se a telescola, um programa de aprendizagem através da televisão, de forma a que o ensino básico pudesse chegar à maioria dos alunos. Esta medida revelou-se significativa na proteção da saúde mental das crianças e dos adolescentes, uma vez que assistir às aulas, quer em modo presencial quer por via remota, constituiu um fator determinante na redução da probabilidade de TSs nesta faixa etária.⁴⁰

É natural que perante momentos de vida adaptativos ocorra uma divergência nas circunstâncias e na capacidade de cada indivíduo de se enquadrar numa nova realidade. Alguns jovens presenciam um impacto adverso na sua saúde mental pela mudança intensa e disruptiva na rotina quotidiana, entre os quais a falta de interação (presencial) com os professores, a presença de pressões e apreensões relacionadas com o estudo remoto e a carência de meios/condições de acesso às aulas virtuais.⁷ A destacar que metade dos estudantes afetados pela pandemia enfrentaram barreiras à aprendizagem virtual por ausência de dispositivos eletrónicos, internet e/ou eletricidade.³⁹ Todos estes fatores resultam numa subsequente probabilidade de fracasso académico, que constitui um preditor robusto de aumento do risco de STBs.^{6,35} Os desafios da aprendizagem virtual parecem ter um impacto mais imediato nos estudantes que na era pré-pandémica apresentavam menos apoios, maior desesperança acerca do futuro e maior risco de suicídio.³⁵

Contudo, outros jovens beneficiaram de um tempo acrescido em ambiente familiar saudável, do apoio dos pais na manutenção de uma rotina adequada e de um ensino personalizado (por exemplo, através de explicações individuais ou em grupos pequenos) e da ausência de tensores psicossociais, como o *stress* escolar e o *bullying* entre pares.^{5,34,37}

Para as crianças e adolescentes, a escola não é apenas um local de ensino, mas também se configura como uma "casa fora de casa". Esta desempenha um papel edificante na transmissão de valores morais, éticos e cívicos, bem como na promoção

da importância da atividade física e alimentação saudável. Não esquecendo que para as crianças de baixo estatuto económico, as escolas são muitas das vezes a única fonte nutricional disponível.⁷ Pelo que, mesmo um encerramento a curto prazo dos espaços educacionais e a implementação do confinamento domiciliário, traduzem-se em possíveis promotor de efeitos negativos sobre a saúde das crianças, entre os quais: a adoção de um estilo de vida mais sedentário (menos exercício físico e maior tempo de ecrã), padrões de sono irregulares e planos de dieta desfavoráveis; com o consequente aumento da prevalência da desnutrição ou obesidade infantil e desenvolvimento de futuras doenças cardiovasculares, distúrbios mentais e STBs.^{7,10,41}

É importante denotar que as restrições impostas pela pandemia introduziram barreiras adicionais na obtenção de suporte quer em termos escolares, sociais ou emocionais. Estudos demonstraram que a presença de uma figura adulta que não fosse um dos pais e o envolvimento em atividades comunitárias e extracurriculares constituíram fontes informais de procura de ajuda que auxiliaram os adolescentes a encarar as dificuldades do dia-a-dia.^{7,35} Sublinha-se, ainda, o papel primordial das escolas na prevenção e no reconhecimento precoce de distúrbios mentais, assim como na deteção de possíveis casos de violência física, psicológica, emocional ou sexual, especialmente nos jovens que apresentem desvantagens sociais e económicas.

3.3.1.3 Contexto Social, Cultural e Ambiental

Na adolescência, o processo de definição da identidade, a procura pela autonomia, a exploração da sexualidade e as expectativas acerca do futuro dependem sobremaneira da relação com o grupo de pares. Os adolescentes desenvolvem a sua autoimagem através da perceção que imaginam que os outros têm deles, pelo que, enquanto a integração e aceitação pelos amigos se associam a um sentimento de bem-estar psicológico importante na amplificação da autoestima e da resiliência mental, uma relação negativa com os pares pode resultar num possível desajustamento social e emocional e numa maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

A definição de distanciamento social prende-se com o isolamento de casos suspeitos e/ou confirmados de infeção pela SARS-CoV-2.²¹ Na realidade, o que se pretende é o distanciamento físico, uma vez que, dadas as circunstâncias atuais, é essencial a proximidade afetiva, emocional e social com outros indivíduos. De facto, todas as formas de apoio social proporcionam resiliência psicológica e reforçam a psiconeuroimunidade contra as infeções.⁴²

Enquanto que o isolamento, antes da pandemia COVID-19, afetava de forma mais prevalente a população idosa, a quarentena expôs todos os grupos etários, nomeadamente as crianças e os adolescentes, ao seu efeito deletério. Em consonância, demonstrou-se que nos adolescentes as medidas de confinamento aumentaram o risco de depressão e ansiedade até 9 anos após o isolamento social.²⁸ A duração da solidão, em detrimento da intensidade a ela subjacente, revelou-se como preditor comum de uma multitude de sintomas psiquiátricos.^{28,29}

O encerramento das escolas, de espaços dedicados ao lazer, o cancelamento de diversos eventos e o sucessivo adiamento de planos conduziu à inexistência/redução do contacto presencial com os amigos.⁸ A juventude considerou estas “perdas” como frustrantes e decepcionantes, vivendo pequenos lutos que se somaram entre si e resultaram em estados de angústia (*distress*), ansiedade e solidão.²⁸ Tradicionalmente, as amizades no sexo masculino baseiam-se em atividades como o desporto e jogos competitivos. Um recente artigo demonstrou que a ausência do contacto próximo e físico com os amigos constituiu um único fator de risco precoce para STBs nos adolescentes rapazes.³⁵ Já o foco das amizades femininas fundamenta-se na intimidade emocional e na expressividade verbal, mais passível de ser adaptado à transição para a conexão virtual.³⁵

Foram descritos por Conejero *et al*⁴² uma possível interação entre a COVID-19 e os múltiplos processos biológicos subjacentes ao comportamento suicidário, entre os quais o sistema renina-angiotensina, os recetores nicotínicos e a inflamação crónica de baixo grau no sistema nervoso central e órgãos periféricos. De uma perspetiva biológica, a desconexão subjetiva (solidão) ou objetiva (isolamento social) têm sido associados ao aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e da inflamação, duas vias relacionadas com o suicídio.

O risco de suicídio pode ainda acentuar-se devido ao estigma em relação aos indivíduos infetados com SARS-CoV-2 e às suas respetivas famílias.³³ Um estudo concebido por Oosterhoff *et al*⁴³ sugeriu que os adolescentes que se dedicaram ao confinamento com o propósito de evitarem o julgamento social e a pressão dos pares relataram níveis superiores de ansiedade (em especial nos rapazes) e de depressão (nomeadamente no sexo feminino). Em contraste, a perceção do isolamento como uma regra parental ou governamental não se associou a qualquer alteração psicológica;⁴³ reforçando-se, assim, o sentido de coesão familiar como contribuidor de resultados positivos na saúde mental dos adolescentes.

Os jovens são frequentemente designados, pelos meios de comunicação social, de *superspreaders* da COVID-19, em grande parte por algumas das práticas sociais inconsequentes e irresponsáveis adotadas por esta faixa etária, como as *COVID-parties*.⁴⁴ Contudo, é incorreta a generalização de que todos os adolescentes assumem uma posição de descontração e de desinteresse perante a saúde da restante comunidade. Pelo contrário, surgiu neles o medo de contrair e de transmitir o novo coronavírus, mas sobretudo o receio de que familiares, especialmente os avós, ou amigos ficassem doentes ou falecessem.²⁵

Todos estes fatores provocadores de *stress* nos adolescentes – o medo do contágio pela COVID-19 e do estigma associado, a preocupação com familiares e amigos, aliado à consciência de evitar a sobrecarga do sistema de saúde – parecem ter enfraquecido as estratégias de *coping* dos jovens, elevando o risco de perturbações de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva (POC), PTSD, DSH e STBs.^{26,29,45,46}

Subitamente, a *internet* é o único meio disponível para que não se vivencie uma completa interrupção das interações sociais, laborais e educativas, constituindo uma forma de simular e restabelecer uma “nova normalidade” frente à pandemia de COVID-19. Pelo que, é natural que os jovens optem pelo uso mais frequente das novas tecnologias e das redes sociais para se manterem em contacto com os seus pares, como alternativa ao convívio físico. Atualmente, as crianças e os adolescentes representam um em cada três utilizadores da *internet* em todo o mundo.⁴⁷ É de salientar que segundo a literatura, os adolescentes que são excluídos dos seus grupos de pares no mundo “real” experienciam uma dinâmica semelhante no mundo digital.⁸ A rejeição social encontra-se associada a dificuldades na regulação das emoções, constituindo um fator de risco para perturbações de humor, do comportamento alimentar, de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) e da adoção de STBs.¹⁴

Devido ao confinamento prolongado em casa, a utilização crescente e dependente da *internet* e das redes sociais, o acesso a *websites* censurados e/ou provedores de conteúdos impróprios e potencialmente nocivos de automutilação ou suicídio e uma constante exposição à sobrecarga de (des)informação e cobertura mediática da COVID-19 – nomeadamente no que diz respeito ao número de casos de mortes diários e relatos de ocorrências crescentes de suicídio – contribuíram para a ansiedade, depressão, angústia, impulsividade, autolesão e suicídio nos adolescentes.^{10,29}

A conectividade digital facilita a partilha de material sexualmente explícito, simplifica a identificação e o contacto anónimo simultâneo com potenciais vítimas de abuso sexual e/ou *cyberbullying* e encoraja a prática de crimes.⁴⁷ É exemplo, deste último, os desafios *online* que são muitas das vezes encarados como um jogo virtual, sem que os participantes tenham necessariamente a noção dos perigos e danos a que se podem submeter. Através de uma pesquisa realizada no Google Trends™ verificou-se que a pesquisa pelos termos “*online challenges*” aumentou substancialmente após a implementação das medidas de isolamento social.⁴⁸ Com maior destaque para o desafio do álcool gel, que consistia em inalar, consumir ou expelir o produto desinfetante em direção a uma chama.⁴⁸ No entanto, o uso correto e criativo das novas tecnologias, por exemplo, através da plataforma do *YouTube* – no qual é possível aceder a uma extensa variedade de vídeos que, entre outros, estimulam a prática de exercício físico e a aprendizagem de novos passatempos e *skills* – revelou-se útil na redução do sofrimento mental infantojuvenil durante o período de isolamento.²⁵

Para além da dependência virtual (aos videojogos e às redes sociais), outra preocupação suscitada pela pandemia prende-se com a dependência alcoólica e toxicológica. Apesar dos adolescentes permanecerem um maior tempo em casa, verificou-se um aumento do consumo de álcool, de tabaco e de *cannabis* como via de obtenção de satisfação imediata e momentânea.²⁷ A recorrência a substâncias psicotrópicas expõe os jovens ao risco de adição e a uma subsequente suscetibilidade de ideações e atos suicidas futuros,⁶ realçando-se, assim, a possibilidade de um atraso no impacto da COVID-19 nas taxas de mortalidade por suicídio.

3.3.1.4 Contexto Económico

A pandemia COVID-19 representa muito mais do que uma crise de saúde pública, repercutindo-se na pior recessão económica global do último século e a toda uma década de progressos perdidos.⁴⁹ No ano de 2020 assistiu-se a uma redução mundial de cerca de 114 milhões de empregos, que se traduziu num aumento de 30% da taxa de desemprego.⁴⁹

Provavelmente, o principal impacto indireto da pandemia na saúde mental dos jovens prendeu-se com o seu efeito nos progenitores. Nesta atual crise socioeconómica, que afeta mais profundamente as pessoas desfavorecidas, os pais e prestadores de cuidados de saúde debatem-se com uma maior dificuldade em proporcionar bem-estar, nutrição, segurança e cuidados adequados às crianças. Em consonância, observou-se que adolescentes do sexo feminino (semelhante ao descrito em estudos

pré-pandémicos), residentes em áreas urbanas e que vivem em lares onde pelo menos um membro da família perdeu o emprego devido à pandemia enfrentaram taxas crescentes de TSs.⁴⁰ Mais ainda, a capacidade de redução das despesas domésticas correlacionava-se com uma redução dos STBs: famílias economicamente mais estáveis foram capazes de diminuir os gastos sem grandes consequências, contrastando com famílias cujo rendimento apenas foi suficiente para cobrir despesas básicas.⁴⁰

A gravidade e a duração dos problemas de saúde mental, precipitados pela nova crise – entre os quais, a ansiedade, a depressão, a irritabilidade, as perturbações do comportamento, da alimentação, do sono e a PTSD – revelaram ser influenciadas pela idade, história de trauma, horas despendidas a assistir à cobertura mediática da COVID-19, falecimento de um membro da família, (in)existência de apoios económicos e pelo estado psicológico prévio à pandemia.^{10,37}

O declínio financeiro durante e após a pandemia da COVID-19 poderá, assim, apresentar um potencial efeito nocivo sobre a saúde mental e resultar na subida da prevalência de perturbações psiquiátricas e de comportamentos suicidários. De notar que os problemas monetários poderão reduzir o acesso aos tratamentos, nomeadamente psiquiátricos.

3.3.1.5 Os mais vulneráveis

Todo o ser humano tem direito à saúde e ao bem-estar. No entanto, mundialmente, um número elevado de crianças com deficiência (que ronda os 240 milhões) enfrentam o estigma a que são sujeitas em silêncio, reprimidas pela discriminação, por mal-entendidos e pela falta de iniciativas abrangentes que promovam e protejam a saúde mental dos mais necessitados.²

De entre os adolescentes vulneráveis a acrescidos desafios perante as medidas sanitárias impostas pela COVID-19 e a uma maior suscetibilidade de agravamento e/ou desenvolvimento de novos problemas de saúde mental, destacaram-se os jovens:⁴⁷

- com perturbações de ansiedade, do comportamento alimentar, do espectro do autismo (PEA), do desenvolvimento intelectual, POC, PHDA e outras dificuldades de aprendizagem, comportamentais e emocionais pré-COVID-19;
- provenientes de comunidades com maiores taxas de infeção pela SARS-CoV-2;

- inseridos em contextos sociais desfavoráveis (minorias étnicas, raciais ou sexuais).

Uma maior dificuldade de adaptação à nova realidade, por parte dos adolescentes com necessidades especiais, adveio da incapacidade de compreenderem a complexidade da situação pandémica e da necessidade de isolamento profilático, do ambiente hostil que não corresponde à rotina regular, da dificuldade em cumprir instruções e tarefas de forma independente, do cancelamento ou adiamento de diversas terapias e da redução do acesso a grupos de apoio.⁵⁰

Ademais, cuidar de filhos portadores de deficiência revelou-se numa dificuldade crescente para os pais, devido à redução do apoio médico, educativo e dos terapeutas durante a época da quarentena obrigatória.⁵⁰ Como exemplo, as crianças com PEA ficam agitadas, podendo mesmo recorrer a atos de autolesão, quando algo é reorganizado ou desviado da sua posição habitual. Já para os adolescentes com PHDA, a permanência num único sítio sem tocarem no que lhes rodeia, e que lhes pode infetar, revela-se de extrema dificuldade.

Além disso, as medidas estratégicas para impedir o atraso académico não se aplicaram muitas das vezes a estes adolescentes. A telescola e as aulas virtuais implicaram uma atenção redobrada para se poder acompanhar o ensino; contudo, a maioria das crianças com perturbação do desenvolvimento intelectual e PHDA apresentaram níveis diminutos de atenção, agravado pela ausência de um acompanhamento presencial e personalizado durante a pandemia.⁵⁰

Um artigo redigido por Hu *et al*³³, demonstrou que adolescentes com níveis distintos de bem-estar psicológico pré-pandémico seguiram trajetórias de saúde mental divergentes perante as medidas de mitigação implementadas face à COVID-19. Jovens com saúde mental relativamente preservada antes da pandemia sofreram um declínio notável durante o confinamento.³³ Em contraste, adolescentes com vulnerabilidades psicológicas ou psiquiátricas preexistentes experienciaram uma melhoria em todas as cinco subescalas do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; problemas emocionais, de conduta, de relacionamento, de comportamento social e de hiperatividade).³³ É possível que a melhoria das interações pais-filho e o aumento da supervisão dos adultos durante o confinamento tenham ajudado a melhorar a saúde mental dos adolescentes detentores de alguma fragilidade psicopatológica pré-COVID-19.

Os adolescentes que cumpriram a quarentena obrigatória em instituições – como por exemplo, jovens previamente internados, filhos de profissionais de saúde ou

órfãos – pertenceram a um dos subgrupos mais afetados por esta nova realidade, uma vez que se encontravam isolados dos próprios pais.⁷ O bem-estar das crianças depende não só de cuidados nutricionais e médicos, como também da adequada presença parental. Assim, o afastamento dos progenitores num momento crítico pode provocar efeitos psiquiátricos duradouros, incluindo ansiedade, depressão, psicose, PTSD, delinquência e mesmo ideações e tentativas de suicídio.⁷ Adicionalmente, os pais distantes dos seus filhos revelaram-se igualmente preocupados, ansiosos, angustiados e inseguros devido ao distanciamento forçado.⁷

3.4 Epidemiologia dos Comportamentos Autolesivos e Suicidários

3.4.1 No período temporal pré-COVID-19

A expressão do suicídio constitui um importante problema de saúde pública a nível mundial. Segundo a OMS, suicidam-se globalmente cerca de 800 mil pessoas por ano, correspondendo a 2.200 casos diários, ou seja, um suicídio a cada 40 segundos.⁵¹

Estima-se que por cada indivíduo que se suicida existem, em média, vinte ou mais tentativas de suicídio, sendo que, para cada TS registada oficialmente, existem pelo menos quatro tentativas não declaradas.⁶ Alerta-se, assim, para a natureza repetitiva destes comportamentos, que constituem um dos preditores mais prevalentes de morte por suicídio e a sexta causa de défice funcional permanente.⁶

Dados mundiais, transcendentemente a todas as faixas etárias, remetem-nos para o facto de o suicídio ser três vezes mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino.⁶ Em contraste, os CAL, a IS e as TSs são mais vezes adotados pelo sexo feminino.^{30,52} Uma das possíveis explicações para esta diferença de género poderá basear-se na recorrência a métodos potencialmente mais letais por parte do sexo masculino (armas de fogo, enforcamento, asfixia *versus* intoxicação e exsanguinação no sexo feminino).^{30,52} Também foi proposta, como provável causa para esta discrepância, o facto da perturbação depressiva major ser duas vezes mais frequente nas mulheres e se encontrar subjacente a mais de metade de todos os comportamentos suicidários. Este último dado contribui para taxas globais inferiores de TS nos homens, contudo não explica a incidência excessiva de suicídios consumados no sexo masculino em comparação com o feminino.^{30,52}

Internacionalmente, os indivíduos com mais de 70 anos lideram as taxas de suicídio, contudo estas estão a aumentar de forma mais célere entre os jovens do que em qualquer outra faixa etária.^{2,6} De acordo com estatísticas mais recentes, mesmo num dos momentos mais saudáveis do curso de vida, 45.800 adolescentes morrem anualmente de suicídio, isto é, cerca de 1 em cada 11 minutos.²

O risco desta tragédia pessoal, social e familiar vai aumentando consistentemente desde a infância até à adolescência, revelando-se significativamente superior após os 15 anos de idade.² Tal pode dever-se:

- à maior prevalência de psicopatologia nos adolescentes em relação às crianças, particularmente no que diz respeito a distúrbios do humor, às perturbações psicóticas e de ansiedade e ao abuso e dependência de substâncias – sendo

que 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de alguma perturbação mental;⁶

- à impulsividade – é de sublinhar que 50% dos adolescentes só começaram a pensar em automutilar-se a menos de uma hora antes do ato em si;³⁷
- ao estado cognitivo mais capaz de planear e efetuar o suicídio;
- a uma maior convicção da respetiva identidade sexual, sendo que os jovens homo ou bissexuais apresentam três vezes maior probabilidade de suicídio nalguma altura da sua vida, nomeadamente quando a família não aceita a sua orientação sexual.⁵¹

A nível mundial, o suicídio representa a quarta causa de morte nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos.² (Figura 3) No que se refere ao sexo feminino, o suicídio ocupa a terceira posição, decaindo para quarto lugar no sexo masculino.² (Figura 3)

No que diz respeito à localização geográfica em 2019, o suicídio nos adolescentes representou a primeira causa de morte na Europa do Leste e Ásia Central. Enquanto que, na Europa Ocidental, na América do Norte e no Sul da Ásia foi a segunda causa mais prevalente.²

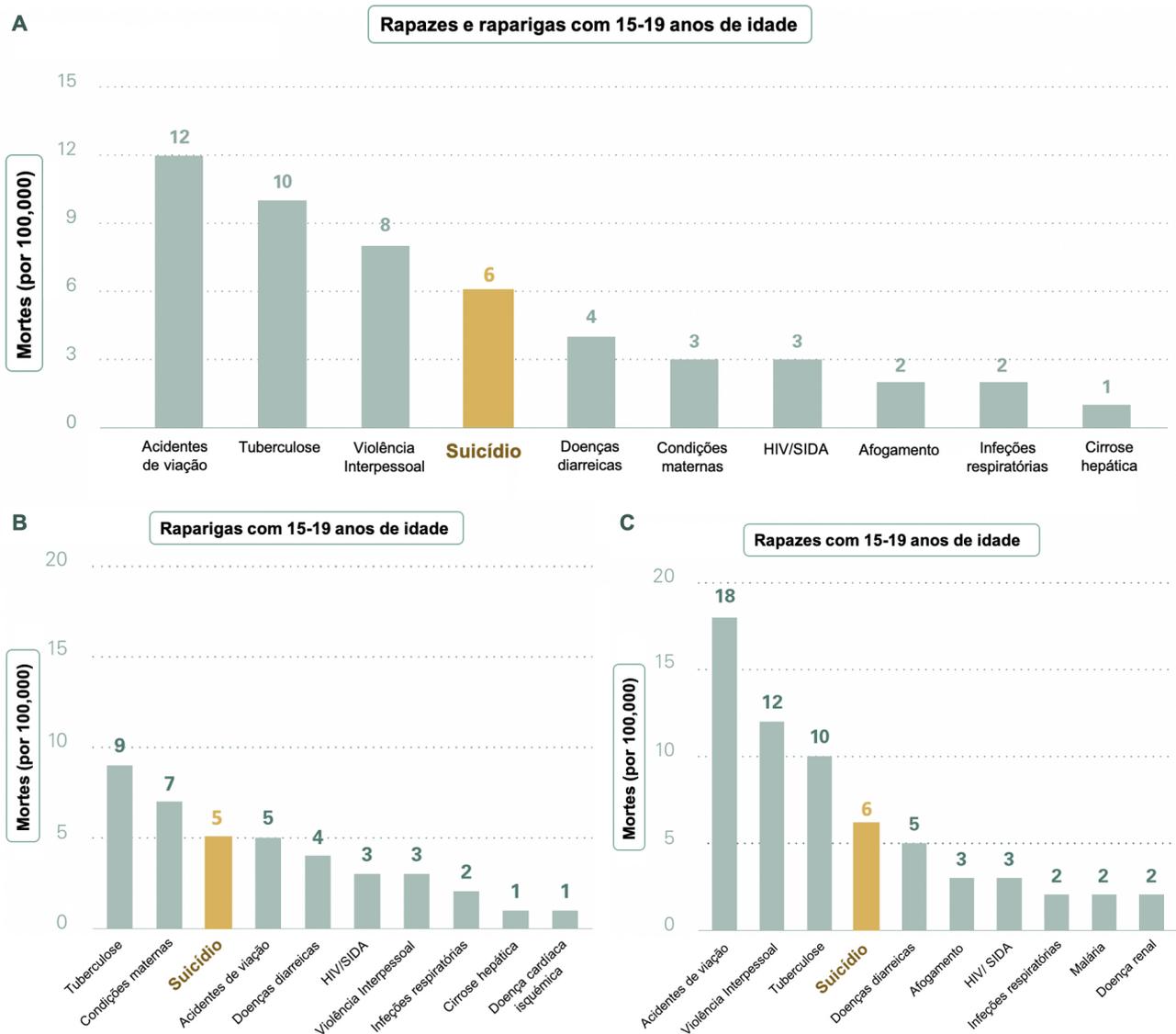


Figura 3. Principais dez causas mundiais de morte nos adolescentes com 15 a 19 anos de idade, em 2019 (A), no sexo feminino (B) e masculino (C). Adaptado de *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health.*²

Em Portugal, o “suicídio e outras lesões autoinfligidas intencionalmente”, mantêm-se como a terceira causa de morte nos rapazes adolescentes aumentando de 4,3% em 2002 para 10,1% em 2013, enquanto que nas raparigas decaiu para quinto lugar ao diminuir 0,9 pontos percentuais em 2013 face a 8,0% em 2002.³ (Quadro 1)

Quadro 1. Principais causas de morte em adolescentes (15-19 anos) residentes em Portugal (%), por sexo, 2002 e 2013.

Homens	Mulheres	Causas de morte CID-10	Homens	Mulheres
51,4	32,2	LSE-60 Acidentes de transporte	25,3	7,1
4,0	2,3	LSE-55 Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	11,4	16,7
7,5	17,2	LSE-07 Tumores malignos	6,3	31,0
4,3	8,0	LSE-63 Suicídio e outras lesões autoinfligidas intencionalmente	10,1	7,1
5,9	6,9	LSE-31 Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	6,3	11,9
4,0	5,7	LSE-33 Doenças do aparelho cardiocirculatório	6,3	2,4
2002			2013	

Fonte: INE, I.P. Estatísticas de causas de morte³

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio admite que uma percentagem considerável (10 a 20%) de mortes violentas registadas como de etiologia indeterminada corresponda a suicídios, e de forma menos expressiva, a mortes atribuídas a acidentes e mesmo a causas naturais.⁶

Portugal acompanha a tendência dos outros países, na medida em que há uma clara eleição pela asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação como principais métodos de suicídio, seguidos pela intoxicação por pesticidas no sexo feminino e o uso de métodos mais violentos como a precipitação e as armas brancas ou de fogo nos rapazes.⁶

No que se refere à epidemiologia dos CAL nos adolescentes, este apresenta uma substancial variação de acordo com o local geográfico, tipo de amostra (comunitária ou clínica) e conforme a definição adotada nos estudos. No entanto, parece inegável que se trata de um problema global e de elevada prevalência.¹²

O estudo multicêntrico *Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE)*⁵³, realizado em 7 países e com a maior amostra neste tipo de estudos (mais de 30.000 adolescentes em contexto escolar), revelou uma prevalência anual de CAL de 8,9% nas raparigas e de 2,6% nos rapazes, sendo que a maioria dos adolescentes ocultava este facto e metade recorriam a CAL frequentemente.

Dados de amostras comunitárias observaram que os CAL têm início na adolescência, frequentemente após os 12 anos, especialmente no sexo feminino (aproximadamente 5 a 6 vezes mais comum em comparação com o sexo masculino) e na maioria dos casos, mantêm-se por mais 10 ou 20 anos.²⁰

Estudos de amostras com adolescentes portugueses referem, igualmente, altas taxas de CAL na população juvenil. Foram inquiridos 396 jovens, com idades compreendidas entre os 13-21 anos; dos quais 18% mencionaram terem-se autolesado, sendo que 5,6% repetiram este ato quatro vezes ou mais nos últimos 12 meses. Referiram, também, sentimentos de raiva/hostilidade (8,8%), ausência de esperança no futuro (8,3%) e tristeza (8,1%) durante o comportamento de violência autodirigida.¹²

Como métodos de DSH, os adolescentes recorrem mais frequentemente à intoxicação medicamentosa e à automutilação por corte.⁶ Esta última predominantemente relacionada com a autopunição e o alívio do *stress* na tentativa de lidar com a dor psicológica sentida, substituindo-a por uma dor física, localizável e palpável.¹³

Os comportamentos autolesivos e suicidários variam marcadamente ao longo do ciclo da vida, no qual a proporção de NSSI para TSs é de 30:1 nos jovens e de 3:1 nos idosos.²⁰ Parece existir uma relação entre as TSs e os CAL, estimando-se que cerca de 70% dos adolescentes que adotaram CAL anteriormente já cometeram pelo menos uma TS e 77% dos adolescentes que concretizaram uma ou mais TSs apresentam igualmente história de CAL.^{16,17} Além disso, em cerca de 40% dos suicídios consumados são identificados antecedentes de CAL.¹⁷ Ademais, estima-se que 15 a 23% dos indivíduos tendem a repetir CAL dentro de um ano após o primeiro episódio e 3 a 5% acabarão por perder a vida por suicídio, no período de 5 a 10 anos.¹⁷

Um estudo português com uma amostra de 628 estudantes do décimo ao décimo segundo ano de escolaridade, verificou que 48,2% dos jovens já tiveram ideias de suicídio ao longo da sua vida, 35% praticavam comportamentos de autolesão e 7% admitiram TSs prévias.⁵⁴ Nesta investigação, descobriu-se ainda que só uma minoria dos adolescentes recorreu aos cuidados hospitalares, permanecendo na sua maioria como “comportamentos ocultos”.⁵⁴

3.4.2 No período temporal coincidente com a Pandemia COVID-19

3.4.2.1 *Incongruência dos resultados*

De entre os estudos empíricos baseados no impacto da pandemia COVID-19 nas taxas de STBs e CAL, tanto nos adultos como nos adolescentes, são consideráveis as inconsistências entre os resultados, com alguns artigos a descreverem um acréscimo do número de comportamentos suicidários,^{41,52,55-60} enquanto outras publicações sugerem incidências inalteradas/decrescidas.^{34,36,40,61-64}

Durante o período de contingência, certos autores reconheceram a possibilidade das taxas de suicídio poderem diminuir à medida que os familiares se unem face à adversidade vivenciada, prestando um maior apoio educativo, social e emocional às crianças; aliado à possível deteção precoce de STBs e CAL nos adolescentes e à consequente maior probabilidade de acederem, num curto período de tempo, aos cuidados de saúde.^{5,34,37} De uma perspetiva mais ampla, no início do surto global da COVID-19, assistiu-se à intensificação da preocupação mundial com o possível aumento dos comportamentos suicidários durante a pandemia. É possível que, devido a uma maior consciência do bem-estar individual, da integração social, dos esforços coletivos para minimizar a propagação infecciosa e da oportunidade de “desacelerar a vida”, tenha ocorrido uma estabilização/um decréscimo do índice de STBs.

Em contraste, os especialistas advertiram, também, para o facto do desenvolvimento e/ou agravamento de problemas de saúde mental e de comportamento, da disfuncionalidade no seio familiar e da instabilidade social, cultural e económica consequentes da pandemia se poderem refletir na subida das taxas de ideações e comportamentos suicidários nos jovens.^{5,7,8,10,34,37}

3.4.2.2 *Impacto nos serviços de urgência*

O *Centers of Disease Control and Prevention* (Centro de Controlo e Prevenção de Doenças)³⁶ analisou a tendência das visitas aos serviços de urgência por tentativa de suicídio e/ou comportamentos autolesivos sem intenção suicida (SU-TS/NSSI) nos indivíduos entre os 12 e os 17 anos durante o período intercalado entre o dia 1 de janeiro de 2019 e o dia 15 de maio de 2021, englobando, assim, as três fases distintas da pandemia de COVID-19.

Uma primeira fase durante a primavera de 2020 (29 de março a 25 de abril) correspondente à declaração da infeção pela SARS-CoV-2 como uma emergência nacional nos EUA, no qual se verificou um decréscimo de 42% no número de visitas aos

SU-TS/NSSI.³⁶ (Figura 4) Estes dados são consistentes com a maioria dos estudos da era pandémica, no qual se verificou que o número total de acesso ao serviço de urgência (SU) reduziu, particularmente, após a declaração da COVID-19 como uma pandemia, em comparação com os anos anteriores.^{36,59,65-68} Não se revelando Portugal como exceção, demonstrou-se uma queda global de 45% nas visitas ao SU, em todas as faixas etárias, em março de 2020, quando comparado com o período homólogo em 2019.⁶⁶

No entanto, artigos incidentes na população juvenil revelam que, apesar de um número reduzido de crianças terem recorrido aos serviços de urgências (SUs) durante a pandemia, a maior percentagem de visitas ao SU correspondiam a casos relacionados com o suicídio.⁶⁵

O início quase simultâneo da pandemia com a diminuição das visitas ao SU sublinha uma possível associação temporal entre estes dois eventos. A consciência moral de não sobrecarregar os serviços de saúde (de não “incomodar o médico”), a limitação do deslocamento não essencial, o isolamento imposto pela quarentena e o medo (e a consequente evicção da exposição ao risco) de contaminação pela SARS-CoV-2 podem ter sido algumas das razões mais intuitivas que contribuíram para a diminuição da procura de cuidados nos SUs.

No entanto, no início de maio de 2020, correspondente ao primeiro período de alívio de restrições impostas pela COVID-19 nos EUA, reiniciou-se a procura aos SUs referentes a problemas de saúde mental (cerca de 31% superior em comparação com a verificada em 2019), particularmente por parte de raparigas adolescentes com STBs.^{36,59} No intervalo entre 26 de julho a 22 de agosto, verão de 2020, intitulado de segunda fase da pandemia, o número médio semanal de visitas ao SU-TS/NSSI foi 26,2% mais elevado do que durante o mesmo período do ano anterior.³⁶ (Figura 4) Já na terceira fase, inverno de 2021, de 21 de fevereiro a 20 de março, constatou-se que a recorrência das visitas aos SU-TS/NSSI pelo sexo feminino, foi de aproximadamente o dobro (50,6%) do registado durante o mesmo intervalo temporal em 2019. Já nos rapazes, as visitas ao SU-TS/NSSI progrediram em apenas 3,7%.³⁶ (Figura 4)

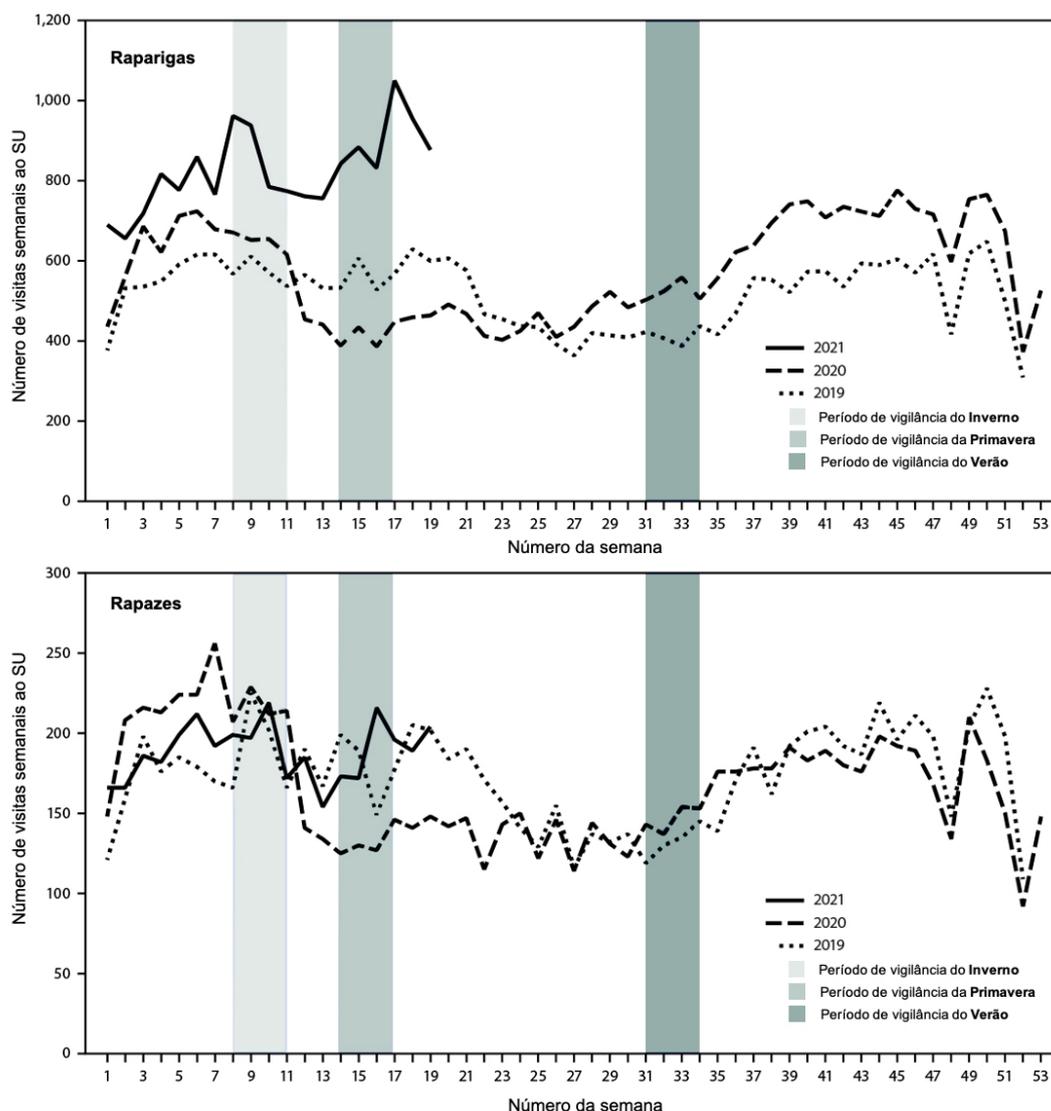


Figura 4. Número de visitas semanais aos serviços de urgência por suspeita de tentativa de suicídio e/ ou comportamentos autolesivos sem intenção suicida, entre os adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, por sexo. Adaptado de *National Syndromic Surveillance Program, United States, January 2019 – May 2021*.³⁶

Em suma, comparativamente ao período correspondente a 2019, a taxa de visitas aos SU-TS/NSSI foi 2.4, 1.7 e 2.1 vezes superior, durante a primavera de 2020, verão de 2020 e inverno de 2021, respetivamente.³⁶ Este aumento foi impulsionado, maioritariamente, pelas visitas aos SU-TS/NSSI por parte do sexo feminino.³⁶

De um modo semelhante, um estudo transversal⁶⁵ – no qual foram incluídas crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos que se apresentaram ao SU com pensamentos ou comportamentos suicidários (SU-STBs) – deparou-se com taxas de incidência de SU-STBs significativamente inferiores de março a maio de 2020 (em

comparação com o ano anterior), regressando depois aos níveis pré-pandémicos. Contudo, as visitas ao SU-STBs das adolescentes de 1 de junho a 31 de agosto de 2020 e de 1 de setembro a 15 de dezembro de 2020 revelaram-se consideravelmente superiores aos meses correspondentes em 2019. Em contraste, o acesso ao SU-STBs no sexo masculino diminuiu no período entre 1 de setembro a 15 de dezembro de 2020.⁶⁵ Neste período temporal, constatou-se, ainda, que tanto os jovens sem antecedentes pessoais de saúde mental (incluindo STBs) como os adolescentes com comorbilidades psiquiátricas prévias apresentaram um crescimento desproporcionado de problemas de índole suicidária.⁶⁵ Assim, definiram-se como grupos vulneráveis e carentes de um maior número de cuidados intervencionais.

No entanto, alerta-se para a necessidade de estudos adicionais para determinar se os jovens classificados como “sem qualquer distúrbio de saúde mental prévio” apresentavam ou não contacto anterior com apoios comunitários, tais como a escola, organizações religiosas, médicos ou terapeutas externos que não eram acessíveis durante a pandemia.⁶⁵

Os dados supramencionados diferem do artigo de Hill *et al*⁵⁹ pois detetaram taxas superiores de IS em março e julho de 2020 e de TSs nos meses de fevereiro, março, abril e julho de 2020, em comparação com os mesmos meses em 2019.⁵⁹ (Figura 5) Durante todo o período de estudo (janeiro a julho de 2020), 15,8% (n=2033) de um total de 18.247 jovens, entre os 11 e 21 anos, que recorreram ao SU, reportaram IS no mês anterior e 4,3% (n=554) referiram uma TS recente (últimos 3 meses).

Os períodos com taxas significativamente elevadas de STBs parecem corresponder a tempos em que os promotores de *stress* face à pandemia se encontravam acentuados e se ativaram as respostas comunitárias de controlo e prevenção face à infeção pela SARS-CoV-2. Como exemplo, no ano de 2020, o mês de março correspondeu à implementação de ordens de distanciamento, bem como ao surgimento do primeiro surto de COVID-19; em maio de 2020, alguns estados dos EUA começaram a levantar as restrições previamente impostas, reduzindo os receios e as preocupações em relação à COVID-19 e permitindo que a juventude retomasse a alguma da normalidade quotidiana ao restabelecer o contacto social e académico.

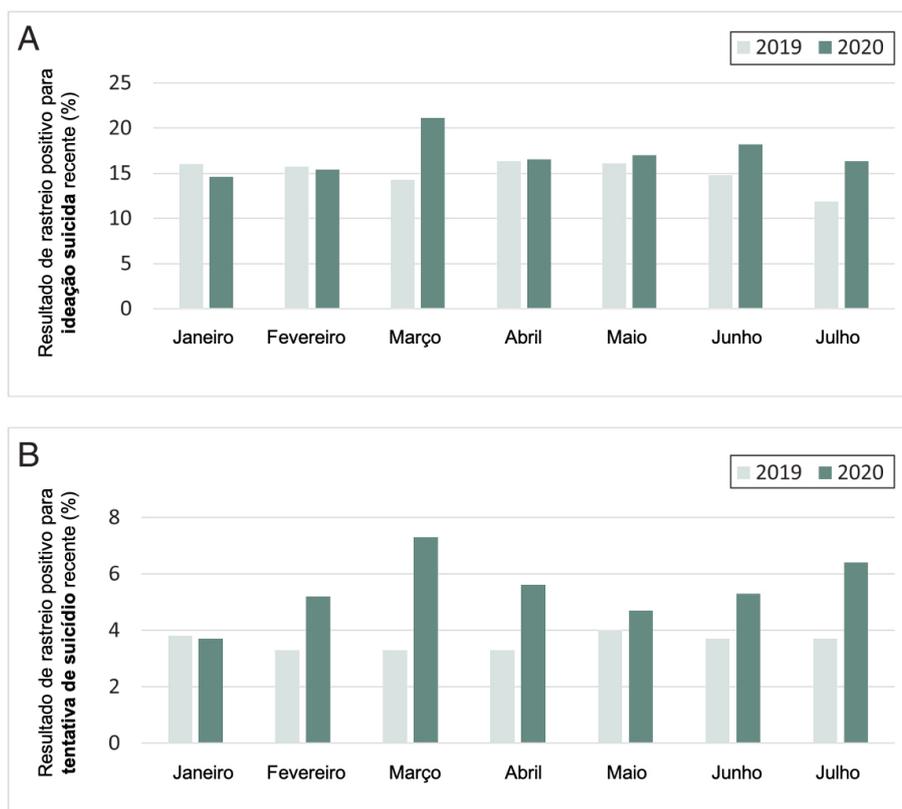


Figura 5. Taxas de rastreio positivo para ideação de suicídio **(A)** e tentativa de suicídio **(B)**, de janeiro a julho de 2019 e 2020, em jovens entre os 11 e 21 anos. Adaptado de *Suicide Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19*.⁵⁹

Não obstante, é de sublinhar que, apesar dos resultados até agora mencionados revelarem elevadas taxas de IS e TSs e, conseqüentemente, um alto número de visitas aos SUs por STBs e NSSI, tal não se reflete nos índices de mortalidade. Congruentemente, resultados recentes das principais causas de morte nos EUA em 2020 demonstraram um declínio global de 5,6% dos suicídios, em todas as faixas etárias.⁶²

3.4.2.3 Impacto das diferenças de género e do contacto social nos STBs

Uma multiplicidade dos artigos revistos no presente trabalho relatou, em consonância com a epidemiologia prévia à COVID-19, TSs consistentemente superiores em raparigas adolescentes, quando comparado com o sexo masculino.^{30,52,59,65,67}

Entre as possíveis causas para a predominância de STBs nas adolescentes, durante o período onde vigoravam as regras de distanciamento social, destacam-se: a maior

propensão do sexo feminino para o desejo da proximidade com os outros, a forte dependência da relação com os seus pares e a maior preocupação com o abandono, solidão e perda de relações, em especial durante o período de encerramento escolar.

Como exemplo, uma análise decorrida na Espanha⁵² relatou um aumento de 25% de TSs nos adolescentes durante o ano de COVID-19 estudado; destacando-se um acréscimo proeminente de TSs de 195% nas raparigas no período escolar inicial, em comparação com os 6 meses anteriores.⁵² Não se encontrou um efeito significativo do impacto da COVID-19 na adoção de TSs pelos rapazes. (Figura 6)

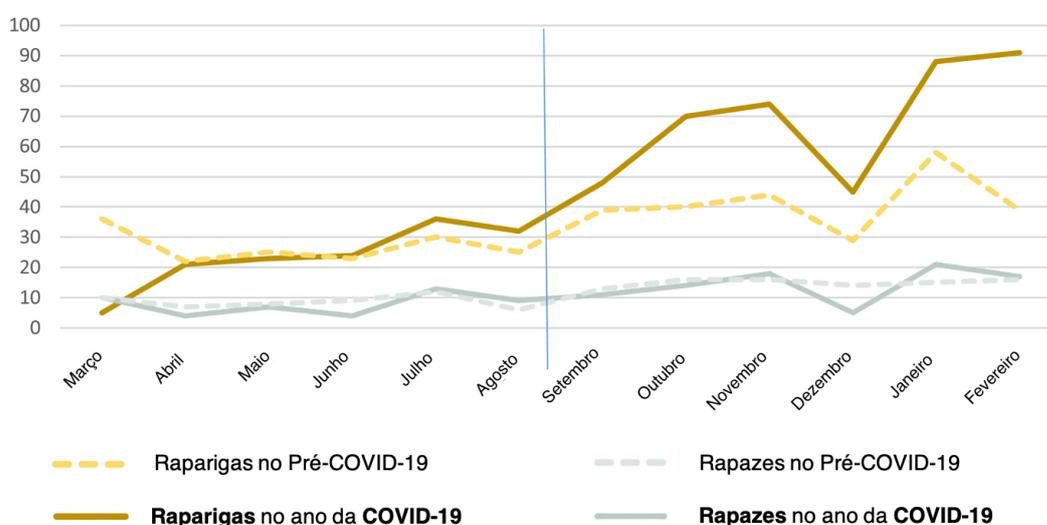


Figura 6. Tentativas de suicídio por mês, no sexo feminino e masculino, entre os períodos de março 2019 a março de 2020 (pré-COVID-19) e de março 2020 a março 2021 (COVID-19). Adaptado de *Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls?*⁵²

Múltiplas teorias preeminentes acerca do suicídio destacam o papel da limitação de experiências sociais gratificantes (desconexão social) e do isolamento social no desenvolvimento de STBs – duas características procedentes da pandemia COVID-19.¹⁸ Um fator individual adicional que pode influenciar a relação entre a conexão entre pares e a IS prende-se com a resposta neuronal à recompensa social. Estudos prévios demonstraram que adolescentes com antecedentes de IS e TS apresentavam uma redução da ativação de regiões socioafetivas do cérebro, nomeadamente da ínsula anterior, dos gânglios da base (núcleo caudado e putamen) e do núcleo *accumbens*.^{69,70} Alterações no processamento de recompensas sociais podem ser particularmente distinguíveis, neste/no contexto pandémico, devido à

ausência de oportunidades tradicionais de interação social nitidamente relevantes durante o período da adolescência.⁷⁰

No sentido de confirmar estes pressupostos, um estudo efetuado por Hutchinson *et al*⁷⁰ investigou se a conexão entre pares durante o *lockdown* e a resposta neural (avaliado antes da pandemia) à relação positiva com os pares (por exemplo, aceitação ou elogios) – ao invés da relação negativa (rejeição ou crítica) – contribuíam para o desenvolvimento de IS em raparigas adolescentes. De uma amostra de 93 adolescentes, 36 raparigas adquiriram IS (39%), sendo que as restantes 57 participantes não apresentaram IS (61%) no *follow-up* do primeiro surto da COVID-19.⁷⁰ Em linha com as hipóteses do estudo, um sentimento de maior conexão com os pares e de ativação neural pré-existente no circuito de recompensa cerebral perante uma relação positiva com os pares associou-se à redução da probabilidade de IS durante as ordens iniciais de permanência em casa.⁷⁰ Apesar da pequena dimensão da amostra, este estudo acrescenta a evidência de que as adversidades vividas – menor integração e conexão entre pares – e a hipoativação da região cortical sócio afetiva podem constituir possíveis fatores de risco para a adoção de ideações suicidas, nas raparigas adolescentes, durante períodos de isolamento social.

Considerando que um terço das raparigas com IS intentarão concretizá-la ao longo da sua vida³⁰, é imprescindível a determinação das adolescentes que poderão deter de um maior risco de STBs durante a pandemia.

3.4.2.4 Impacto da abertura/encerramento das escolas nos STBs

O estudo pioneiro que investigou o efeito agudo da primeira vaga do surto da infeção pela SARS-Cov-2 sobre o suicídio³⁴, concluiu, de modo preliminar, que o encerramento das escolas no Japão, durante o período de março a maio de 2020, não afetou significativamente as taxas de suicídio nas crianças e nos adolescentes. Um estudo europeu⁶¹ descreveu incidências diminuídas, em relação aos anos anteriores, de STBs (como exemplo, decréscimo dos planos de suicídio de 6,14% em 2018 para 2,16% em 2020) e de distúrbios emocionais, comportamentais, depressivos e alimentares nos estudantes durante o primeiro encerramento escolar.

Contudo, o declínio de 14% de mortes por suicídio na população japonesa, durante o período de encerramento das escolas, inverteu durante o segundo surto coincidente com o reinício dos estabelecimentos de ensino (julho a outubro de 2020), aumentando 16%, em particular no sexo feminino (37%) e nas crianças e adolescentes (49%).⁵⁵ Assistiu-se a um panorama semelhante na República Popular da China, no qual se verificou uma acentuação de STBs autorrelatadas pelos jovens, imediatamente após a abertura das escolas.⁴¹ Zhang *et al*⁴¹, através de um estudo de coorte longitudinal, compararam a incidência de NSSI e ideação, planos e tentativas de suicídio, assim como de sintomas decorrentes de estados de depressão e de ansiedade, num total de 1241 crianças e adolescentes, antes do início do surto pela COVID-19 e duas semanas após a reabertura escolar numa área da China com baixo risco de COVID-19.⁴¹ Como demonstrado na figura 7, a taxa de incidência de problemas de saúde mental entre os estudantes após o reinício de aulas presenciais aumentou significativamente quando comparado com o período pré-pandémico.⁴¹ Daqui advém a possibilidade do contexto escolar e os tensores psicossociais a ele associados – *stress* académico e o *bullying* entre pares – representarem possíveis fatores promotores de STBs nos adolescentes.

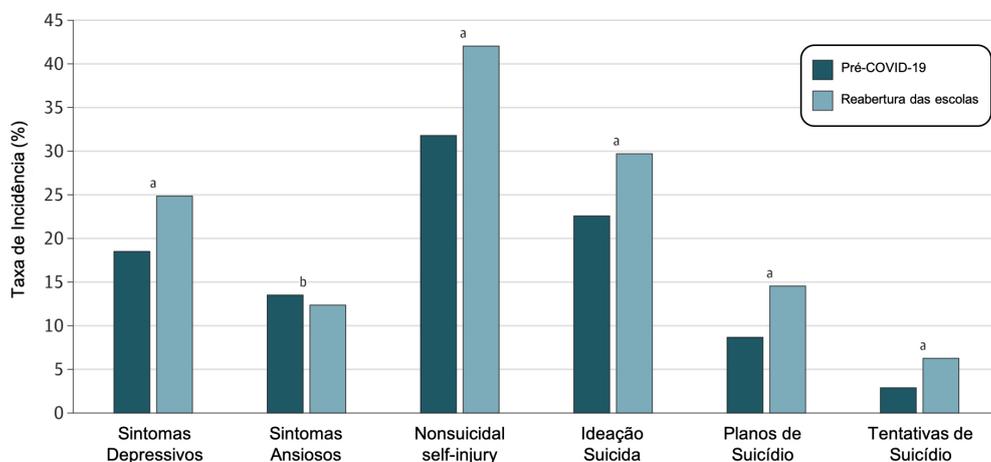


Figura 7. Comparação da incidência de sintomas de depressão, de ansiedade e de pensamentos e comportamentos suicidários entre o início de novembro de 2019 (pré-COVID-19) e meados de maio de 2020 (duas semanas após reabertura das escolas). Adaptado de *Assessment of Mental Health of Chinese Primary School Students before and after School Closing and Opening during the COVID-19 Pandemic*.⁴¹ | ^a $p < .001$. ^b $p = .09$.

Um estudo longitudinal originado em Hong Kong⁷¹ procurou estudar as mudanças do estado de ideação suicida e dos seus fatores associados, em adolescentes que frequentam o sétimo e oitavo anos de escolaridade, com o objetivo de auxiliar a

especificar as diferentes variáveis da atual realidade pandémica sobre o suicídio. Em comparação com a era pré-COVID-19 (setembro de 2019), durante a pandemia (junho de 2020), após a breve reabertura das escolas, a prevalência de IS foi de 24% (vs 21%) entre os participantes estudantes. Em particular, 65% (n=897) permaneceram sem IS, 14% (n= 193) recuperaram e não apresentaram IS, 10,7%(n=148) desenvolveram IS de novo e 10,4% (n=143) permaneceram com IS.⁷¹ Verificou-se uma maior preponderância de IS nas estudantes femininas.⁷¹ Constatou-se, ainda, que os inquiridos que permaneceram com IS possuíam, em comparação com os restantes três grupos, níveis significativamente superiores de depressão, ansiedade, *stress* e solidão aliados a um *mindset* pouco recetivo, a uma perceção pessimista da COVID-19 e a um menor sentido de vida, autocontrolo, apoio e supervisão parental.⁷¹

O encerramento das escolas e o confinamento obrigatório imposto pela COVID-19, responsáveis pela modificação abrupta das rotinas vigentes, facilitaram os adolescentes a permanecerem acordados até mais tarde resultando, possivelmente, numa maior prevalência de dependência das redes sociais e dos jogos *online*, de diminuição do rendimento escolar e de alterações disruptivas no padrão do sono. Precisamente com o intento de analisar uma provável associação entre a perturbação do sono e a IS, foram distribuídos dois inquéritos a 67.905 estudantes durante o surto da COVID-19 (T1) e no período coincidente com a abertura das escolas (T2).⁵⁶ Em T1 e T2, respetivamente, 8,5% e 9,7% dos estudantes reportaram distúrbios do sono e 7,6% e 10% relataram IS.⁵⁶ Os sintomas de insónia tornaram-se mais severos durante o período de isolamento, sendo que os participantes que afirmaram ter perturbações globais do sono apresentavam maior probabilidade de IS.⁵⁶ Entre T1 e T2, a maioria dos estudantes (85,8%) não reportaram nenhuma IS, 3,4% dos inquiridos que apresentaram IS em T1 permaneceram com IS em T2, 6,6% iniciaram durante este período ideações suicidas de novo e 4,2% deixaram de ter IS.⁵⁶ Constatou-se que a presença de depressão, de insónia e curta duração do sono durante o confinamento se encontravam associados ao incremento do risco de IS crónicas após a primeira vaga da pandemia.⁵⁶

No sentido de diminuir o risco de suicídio durante a pandemia da COVID-19 são imperativos o rastreio de IS e a avaliação de promotores de STBs. As perturbações do sono – como o sono não reparador, a insónia (inicial, intermédia e terminal) e os pesadelos – constituem um fator de risco independente para IS e TS.^{56,69} (Figura 8) A deteção e o tratamento precoce dos distúrbios do sono, não só em utentes psiquiátricos como também na população em geral, podem constituir uma das estratégias revestidas de maior relevo na prevenção de ideações suicidas, após períodos acentuados de *stress*.

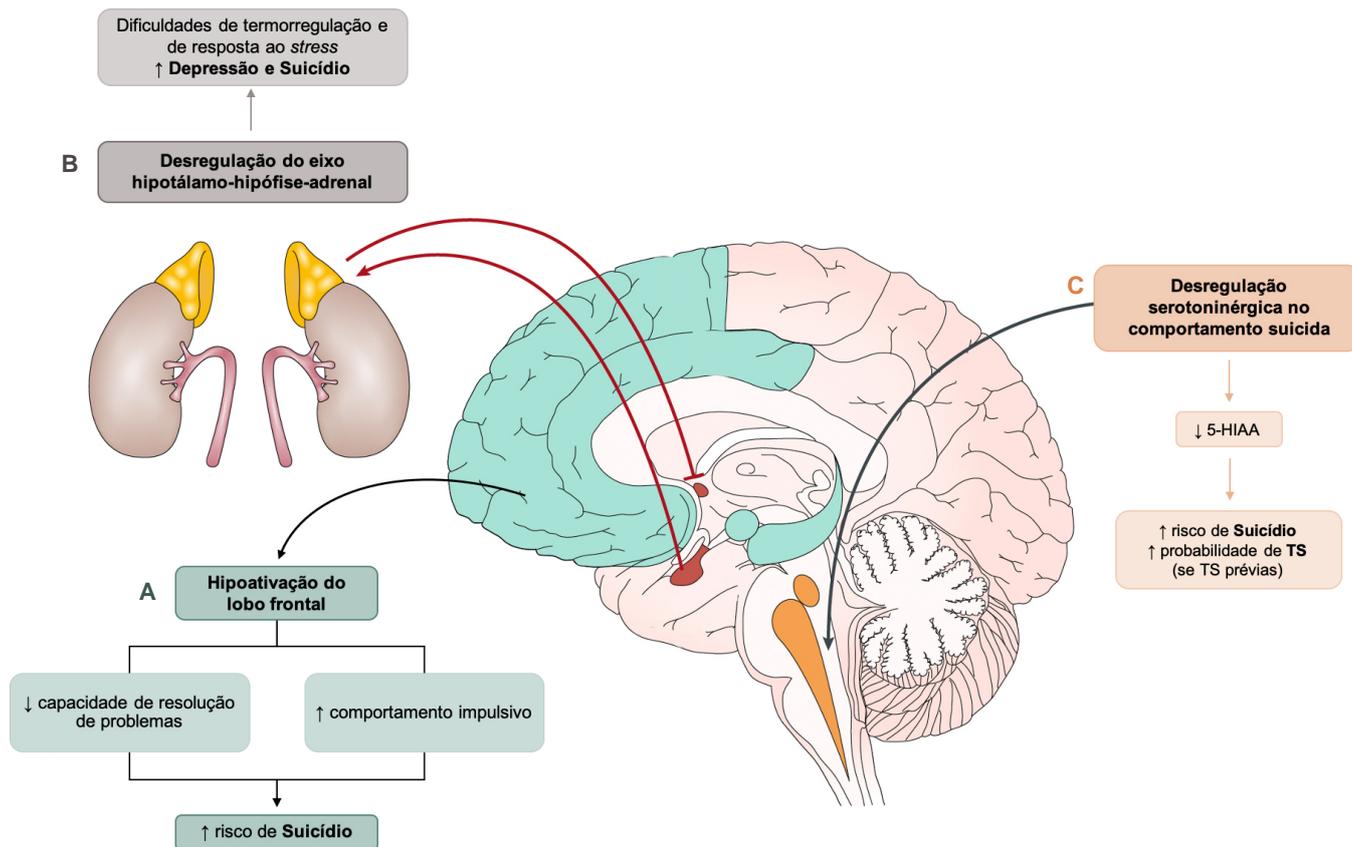


Figura 8. Alterações neurobiológicas, resultantes de modificações do padrão de sono, no comportamento suicida. Adaptado de *Suicide and suicide risk*.⁶⁹

(A) A privação do sono e a perturbação do ciclo circadiano comprometem a função do lobo frontal.⁵⁶ A hipoativação do lobo frontal diminui a capacidade de resolução de problemas e desinibe o comportamento impulsivo, acrescendo a probabilidade de um ato suicida. O sono insuficiente causa perturbações na regulação do humor e contribui para uma maior possibilidade de ideações suicidas.⁵⁶

(B) O sono inadequado associa-se à dificuldade de termorregulação (temperatura corporal baixa) resultando na desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, do qual advém uma maior dificuldade de resposta ao *stress* aliada ao aumento do risco de depressão e suicídio.⁵⁶

(C) A neurotransmissão serotoninérgica encontra-se envolvida na promoção e modulação dos estados comportamentais.⁶⁹ Em detalhe, a libertação de serotonina parece ser superior durante os estados de vigília, inferior durante a terceira fase do sono não-REM (sono profundo) e ainda menor durante o sono REM (*rapid eye movement*).⁶⁹ Acredita-se que a redução na síntese de serotonina promove a vigília.⁶⁹ Baixas concentrações de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) no líquido cefalorraquidiano têm sido constantemente observadas em doentes com antecedentes de suicídio e, nos que se tentaram suicidar indicia futuras TSs.⁶⁹

3.4.2.5 Impacto nos adolescentes vulneráveis e de alto risco de STBs

Um artigo cuja população se baseava em jovens que recorreram às linhas de apoio e prevenção do suicídio através de mensagens,⁵⁷ identificou os grupos com maior risco para STBs durante o período pandémico, entre os quais os adolescentes: hispânicos, negros/afroamericanos e LGBTQ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero e *Queer*). Comparativamente à era pré-pandémica, o estudo demonstrou um aumento alarmante de pensamentos suicidas e depressão, de 41% e 43% respetivamente. Observou-se, ainda, um incremento de 20% de conversas de apoio acerca de autolesão.⁵⁷ Os autores concluíram, ainda, que desde o princípio da pandemia que os jovens LGBTQ se encontravam expostos a um risco superior de abuso físico e sexual, depressão, suicídio e DSH, sendo as taxas estimadas de TS duas a 10 vezes superiores às dos seus pares.⁵⁷

Um estudo com base em estudantes argentinos,⁶³ procurou relacionar o risco de suicídio com traços de personalidade impulsivos e história prévia de perturbações mentais, durante a quarentena imposta pela pandemia COVID-19. O risco de suicídio diminuiu entre a primeira (62,23%) e a segunda (57,65%) medição, três dias antes do início da quarentena e após 103 dias, respetivamente. Observou-se um maior decréscimo nos estudantes com TSs prévias, seguidos dos inquiridos com antecedentes de IS e, por fim, uma menor diminuição do risco de suicídio nos participantes sem historial de STBs.⁶³ Todavia, a presença de antecedentes de patologia de natureza mental previu um maior risco suicida, sendo que a impulsividade negativa (descrito como a “propensão para atuar de modo impulsivo aquando de uma experiência negativa”) contribuiu para o maior efeito no acréscimo e cronicidade do risco de suicídio.⁶³

Uma investigação efetuada numa amostra de adolescentes hospitalizados no serviço de psiquiatria⁷² fornece provas preliminares de que a pandemia COVID-19 poderá ter contribuído para STBs em adolescentes de alto risco. Aproximadamente metade dos participantes alegam que sofreram de IS face ao contexto da COVID-19 (COVID-SI) suscitados pelo cancelamento de eventos especiais e, em menor escala, pela preocupação com problemas monetários, conflitos familiares e mudanças no lar.⁷² Naqueles que adotaram TSs perante esta nova realidade (COVID-TS) (n = 39/75), detetou-se como único e comum fator de risco, taxas superiores de preocupação de contraírem infeção pela SARS-CoV-2.⁷²

É, assim, notável que os hospitais estão a acolher uma população jovem de alto risco psiquiátrico associado à COVID-SI/COVID-TS, sublinhando-se assim a necessidade de

esforços de prevenção suplementares destinados a mitigar os efeitos do isolamento social e do medo de contágio neste grupo vulnerável.

Também se assiste a um cenário semelhante em ambiente de cuidados de saúde pediátricos primários (CSPP). Numa análise observacional,⁶⁷ equiparou-se a percentagem de visitas dos adolescentes aos CSPP, onde foram rastreados para sintomas depressivos e risco de suicídio, entre o período de junho a dezembro de 2019 (período pré-pandémico) e o equivalente em 2020 (período pandémico). A percentagem de adolescentes com rastreio positivo para sintomas depressivos aumentou de 5 para 6,2%, sendo mais evidente em adolescentes não hispânicos e do sexo feminino.⁶⁷ O rastreio de risco positivo para suicídio elevou de 6,1 para 7,1%, com um acréscimo relativo de 34% de pensamentos suicidas recentes nas raparigas, mais acentuado nos meses de outubro a dezembro de 2020.⁶⁷ A percentagem de adolescentes que relataram uma ou mais TS ao longo da vida aumentou de 3,1 para 3,5%.⁶⁷ Embora a amplitude absoluta das variações seja modesta, refletindo a baixa prevalência de rastreios positivos no geral, o aumento relativo da percentagem de adolescentes com rastreio positivo para sintomas depressivos moderados a graves ou pensamentos suicidas recentes revela-se substancial.⁶⁷ Isto porque, em contexto de CSPP, mesmo um pequeno aumento do número de adolescentes com rastreio positivo para risco de suicídio pode ter um impacto notório na prática, dado o esforço considerável para integrar com segurança os jovens de risco em serviços de saúde, terapêuticas, atividades e apoio psicológico apropriados.

3.4.2.6 Impacto nos comportamentos autolesivos

Em conformidade com os modelos etiológicos que propõem o *stress* e a dificuldade de regulação emocional como focos centrais para o desenvolvimento de atos de DSH, um estudo demonstrou que os jovens que experienciaram níveis superiores de *stress* pessoal e social relacionado com a COVID-19 envolveram mais frequente em autolesão com intenção suicida durante a pandemia.⁴⁵ Além do mais, descobriram que esta associação, entre a COVID-19 e o DSH, foi inteiramente mediada por duas dimensões da dificuldade de regulação emocional: a não aceitação de respostas emocionais e o acesso limitado a estratégias de *coping*.⁴⁵ O *stress* extremo e incontrolável, tal como o pressentido durante uma pandemia, pode suscitar, nos adolescentes, emoções difíceis de aceitar e acentuar a percepção de que nada pode ser feito para modular de forma eficaz essas emoções. Um outro artigo descreveu, também, o sentimento de solidão e

o menor apoio familiar como fatores de risco para o desenvolvimento/manutenção de NSSI, durante o atual contexto pandémico, em adolescentes do sexo feminino.⁷³

Apesar de um possível aumento de risco de CAL nos adolescentes, durante a era da COVID-19, tal não se refletiu numa amostra de 1.690.733 adolescentes e jovens adultos de Ontário.⁶⁴ O período inicial de 15 meses da pandemia pela COVID-19 foi associado a um declínio relativo das taxas de automutilação (6224 adolescentes durante a COVID-19 vs 12.970 pré-pandemia).⁶⁴

Por fim, um estudo que apresentou como alvo a população pediátrica, decorrente em 23 hospitais de dez países diferentes, observou uma notável diminuição de apresentações hospitalares de emergência psiquiátrica durante o período de quarentena obrigatória pela COVID-19 (1239 em 2019 vs 834 em 2020).⁶⁸ Contudo, a proporção de crianças e adolescentes que recorreram ao SU de pedopsiquiatria por comportamentos autolesivos sofreu um acréscimo ligeiro de 50% em 2019 para 57% em 2020 a par de um aumento de 58 para 66% de jovens diagnosticados com perturbações emocionais.⁶⁸ Perante um *screening* de antecedentes de CAL em todas as crianças e adolescentes observados nos SUs, no ano de 2020, a percentagem foi de 36% (em comparação com os 29% no ano anterior).⁶⁸

3.4.2.7 Impacto na Europa

O conselho da ESCAP (The European Society for Child and Adolescent Psychiatry)⁷⁴ divulgou dois questionários, no início da COVID-19 e após um ano, com o propósito de estimar o impacto da COVID-19 nas crianças e nos adolescentes residentes no continente europeu. De um modo geral, a perceção global do impacto do novo coronavírus na saúde mental dos jovens alterou marcadamente entre os dois períodos de estudo: nos meses de abril/maio de 2020 percecionou-se como *médio*, sendo que, em fevereiro/março de 2021 foi entendido como um impacto *forte* ou *extremo* por 80% dos inquiridos.⁷⁴ Durante a segunda fase do estudo, denotou-se um impacto superior nos STBs (83%), distúrbios de ansiedade (70%), perturbações do comportamento alimentar (64%) e episódios depressivos *major* (61%).⁷⁴ (Figura 9) O determinante com maior relevo na saúde mental, tanto nas crianças como nos adolescentes, consistiu no encerramento das escolas; seguido do *stress* parental sobre as crianças e das medidas de confinamento e restrição do contacto social nos adolescentes.⁷⁴

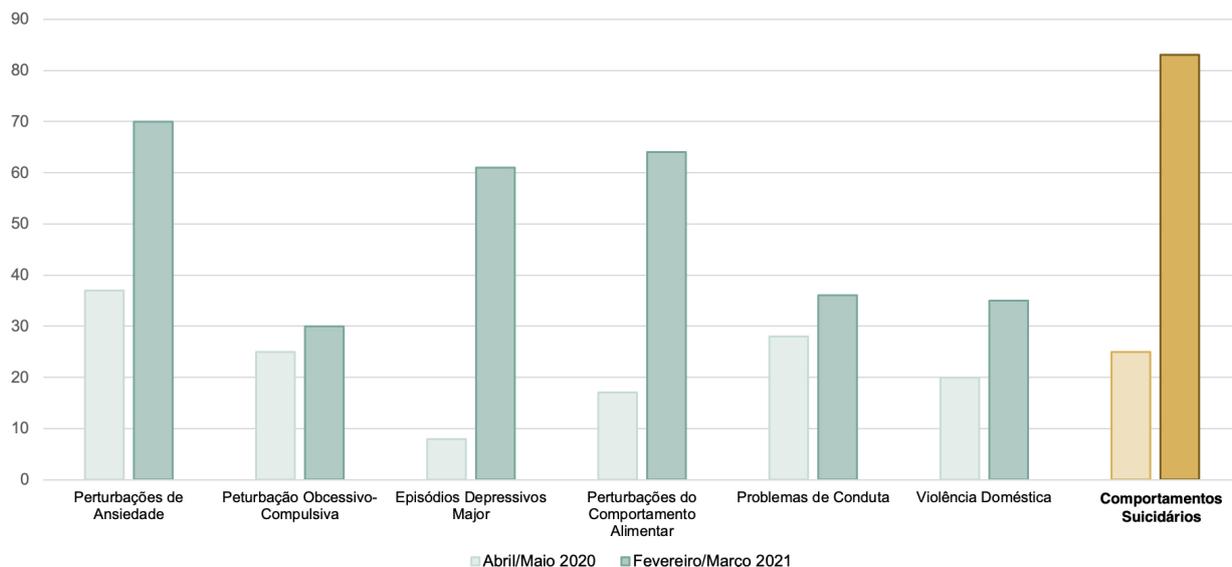


Figura 9. Impacto da pandemia COVID-19 na estimativa de casos observados no âmbito de psicopatologia, pelos chefes europeus de serviços de pedopsiquiatria, nos meses iniciais de 2021, em comparação com o período pré-pandémico de abril/maio de 2020. As respetivas percentagens foram calculadas sobre um número total de 64 inquiridos. *Adaptado de Perceived Impact of the COVID-19 Pandemic on Child and Adolescent Psychiatric Services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP Survey.*⁷⁴

3.4.2.8 Impacto nos países em desenvolvimento

Apesar da documentação limitada nos países em desenvolvimento, observa-se nestes um panorama agravante face à COVID-19, em termos de comportamentos suicidários.^{60,75} Em Kerala, desde o início do confinamento 173 adolescentes cometeram suicídio.⁶⁰ Desilusão, solidão, conflitos familiares, uso excessivo de dispositivos eletrónicos, insucessos amorosos, violência doméstica e *stress* relacionado com as medidas de distanciamento e isolamento impostas pela pandemia de COVID-19 foram, entre outras, as principais causas da recorrência ao suicídio nos jovens indianos.⁶⁰ Entre aqueles que terminaram com a sua própria vida devido à depressão, após terem sido repreendidos pelos pais, a maioria eram rapazes. Já o medo de fracasso académico e o abuso sexual consistiram nas principais razões de suicídio nas raparigas.⁶⁰

Um estudo decorrente em Kampala,⁷⁵ com base em 2500 rapazes adolescentes estudantes e não estudantes, concluiu que o *lockdown* imposto pela COVID-19 resultou em: **(a)** maiores desafios para a saúde mental (mais de 60% dos participantes sentiram-se nervosos, desanimados e tristes); **(b)** capacidade limitada de satisfazer necessidades básicas (cerca de 62% apresentavam dificuldades económicas e conseqüentemente maior dificuldade em cumprir uma dieta diversificada/equilibrada);

(c) perturbações socioeconómicas (30,3% sofreram uma redução nos rendimentos) e (d) envolvimento em comportamentos menos saudáveis (como exemplo, 62% reportaram um estilo de vida sedentário, tal como ver televisão em excesso). Aproximadamente 4% dos participantes (n=97) relataram que alguém desejava que eles estivessem mortos ou que nunca tivessem nascido, 10,1% (n = 253) pronunciaram que alguém lhes disse que não eram amados, enquanto aproximadamente 1.2% (n = 31) dos inquiridos relataram que consideravam cometer suicídio como resultado do confinamento pela COVID-19 (não estudantes 2,1% vs estudantes: 1,0%).⁷⁵ A proporção que contemplava recorrer ao suicídio, como método de pôr fim à vida, cresceu com o aumento da idade: 0,6% nos rapazes com 10 a 14 anos, 0,9% nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos e 2,0% nos jovens adultos (20 a 24 anos de idade).⁷⁵

Ainda que (apenas) 31 dos 2500 rapazes apresentassem ideações suicidas como resultado da COVID-19, relatórios provenientes da comunicação social e da literatura psiquiátrica de outros países em desenvolvimento explanam casos de suicídio por razões pouco fundamentadas, entre os quais: a adaptação ao ensino virtual, um maior tempo despendido nas novas tecnologias, o estigma para com os infetados por SARS-CoV-2, a limitação das cerimónias fúnebres e a experiência do luto a ela associada e os problemas financeiros resultantes da recessão económica.^{76,77}

3.4.3 No período temporal pós-COVID-19

O alívio das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, nomeadamente a reabertura das escolas e a reintegração com os pares, associou-se, em alguns casos, à elevação da taxa de incidência de problemas de saúde mental.⁴¹ Estas ocorrências podem indiciar o possível panorama que irá ser presenciado após o término da pandemia e das medidas de isolamento e distanciamento por ela decretadas.

Apesar de alguns artigos mencionarem invariabilidade ou mesmo redução dos atos suicidários e CAL no período pandémico estudado, é de salientar que as repercussões podem não ocorrer no presente, mas sim no futuro. Este desfasamento temporal entre a exposição a situações angustiantes e o incremento das taxas de TS e suicídio foi também documentado na primeira e segunda guerra mundial, na gripe espanhola de 1918, nos ataques de 11 de setembro de 2001 nos EUA e em outras catástrofes naturais.⁵⁵ Uma das hipóteses sugeridas para o não aumento das taxas de suicídio a curto prazo baseia-se no *pulling-together* ou *honeymoon effect*, através do qual indivíduos submetidos a uma experiência partilhada podem se apoiar entre si.⁵⁵ As epidemias e pandemias podem também alterar a forma como um indivíduo percebe a sua saúde e mortalidade, interpretando a vida como mais preciosa, a morte mais assustadora e o suicídio menos provável.

Os adolescentes encontram-se numa fase crítica de crescimento e os impactos prejudiciais da pandemia – incremento da pobreza e da insegurança alimentar, perda de prestadores de cuidados, aumento do *stress* e diminuição do acesso a cuidados de saúde – podem debilitar o bem-estar imediato e comprometer o desenvolvimento a longo prazo destes jovens.⁵ Na ausência de intervenções psicológicas adequadas, a depressão e a ansiedade na adolescência persistem frequentemente até à idade adulta, elevando os fatores de risco para doenças relacionadas com a idade, designadamente doenças cardiovasculares.⁷

Face ao número de mortes mundiais resultantes da infeção pela SARS-CoV-2 é de esperar a presença de milhões de órfãos nos próximos meses, muitos dos quais a viverem em condições de pobreza extrema; facilitando, desta forma, o abandono e o tráfico de crianças, a exploração sexual, a mendicidade coagida, o trabalho infantil e, em determinados casos, poderá até resultar em deteções por crime, em gravidezes indesejadas, no abuso de substâncias, na autolesão e no suicídio.⁷

Segundo amplas evidências de epidemias anteriores, indivíduos que recuperam de doenças agudas de etiologia viral podem sofrer de um *distress* significativo e

desenvolver problemas psiquiátricos duradouros – em particular, depressão, ansiedade, PTSD e POC.⁷⁸ A curto prazo, um estudo de coorte retrospectivo constatou que 34% dos doentes infetados com SARS-CoV-2 foram diagnosticados, nos 6 meses subsequentes, com patologia neurológica ou psiquiátrica (24% com perturbação do humor, de ansiedade ou psicótica), constituindo um primeiro diagnóstico deste foro em 13% dos pacientes.³² O desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas associa-se a um risco acrescido de adoção de STBs e CAL. Porém, os especialistas advertem que os comportamentos suicidários podem aumentar em contexto de pandemia, todavia as taxas efetivas de suicídio podem não atingir o pico até meses mais tarde.⁵⁷

3.5 Adequação das Estratégias Preventivas e Terapêuticas

A última década delimitou-se pela crescente consciencialização mundial da obrigatoriedade da prevenção, deteção e encaminhamento precoce do suicídio. Idealmente, as intervenções para a prevenção do suicídio nos adolescentes sediam-se em sinergias entre a escola, a família, a comunidade e os serviços de saúde. São planificadas com o intuito de reduzir os fatores de risco/acentuar os fatores protetores para STBs, identificar os indivíduos em risco e, concomitantemente, delinear itinerários de apoio e tratamento.⁶ (figura 10)

Para a prevenção do suicídio, planeia-se a intervenção consoante a população em causa:⁶

- i. Medidas primárias/universais: dirigidas à generalidade da população, como por exemplo, através de programas escolares de sensibilização do suicídio;
- ii. Medidas secundárias:
 - a. Seletivas – orientadas para indivíduos que, devido a fatores sociodemográficos ou patogénicos, apresentam elevado risco de suicídio;
 - b. Específicas – orientadas para indivíduos que já exibem comportamentos suicidários;
- iii. Medidas terciárias/ pósvenção: têm em vista apaziguar os sentimentos de luto, depressão e culpa e desfazer o estigma à volta dos familiares e amigos após o suicídio de um ente querido. De realçar, um singular enfoque nos amigos ou irmãos dos adolescentes que cometeram suicídio, pelo possível efeito de imitação ou contágio.

Desta forma, durante vários anos, as escolas têm assumido o papel de “olhos e ouvidos” do sistema de saúde pediátrico. Dado o encerramento de estabelecimentos de ensino durante a COVID-19 e ausência de contacto social e comunitário, foi imperativa a divulgação da prevenção do suicídio e procura de cuidados, em caso de necessidade, através de outros meios, entre os quais as redes sociais.⁷⁹

A inclusão de todas as idades na sua abordagem, a facilidade na identificação da rede local de apoio, a representação de um elo de interligação com outras especialidades e através do agendamento de consultas de rotina, os prestadores de cuidados de saúde primários ocupam uma posição única de vanguarda na prevenção e rastreio de comportamentos suicidários. No entanto, dois terços dos indivíduos que terminaram as suas próprias vidas contactaram no mês anterior à sua morte com um

profissional de saúde, nomeadamente com o médico de família.⁶ Este facto pode ser explicado pela inexecução de uma avaliação de rotina de suicídio e dos fatores de risco a ele associados; em parte pela presença do mito de que a conversa sobre o suicídio encoraja a adoção deste. Na prática, pelo contrário, há um risco de tendências suicidárias se o assunto for evitado; falar ou fazer perguntas a alguém sobre intenções suicidas pode reduzir a ansiedade e ajudar a pessoa a sentir-se compreendida.⁵¹

Um dos objetivos, de uma correta avaliação do adolescente, prende-se com a identificação de fatores de risco modificáveis e tratáveis, assim como de fatores protetivos do suicídio que orientem o tratamento do jovem. (Figura 10) Independentemente da existência ou não de risco de suicídio, os adolescentes devem ser incentivados a partilhar a presença de ideações suicidas com adultos de confiança, serviços de crise ou linhas telefónicas e a recorrer aos SUs caso sintam essa necessidade.

A psicoterapia e as intervenções psicossociais revelam-se como essenciais na redução de comportamentos suicidários assim como no tratamento de perturbações mentais associadas. Entre estes incluem-se: as intervenções promotoras de comportamentos de procura de ajuda e as terapias familiar, multissistémica, cognitivo-comportamental e dialético-comportamental. Pode ainda ser preciso recorrer ao uso de fármacos, sobretudo na fase aguda e de manutenção de outras doenças psiquiátricas associadas.

Contudo, perante as políticas de confinamento obrigatório e restrições à circulação, a disponibilidade destas intervenções tradicionais presenciais encontraram-se limitadas, pelo que é compreensível a recorrência a tecnologias digitais como forma de colmatar o distanciamento físico.⁷⁹ Verificou-se que as linhas de apoio ao suicídio, em algumas regiões mundiais, assistiram a um aumento de 1000% no volume de chamadas.⁷⁹ Perante evidências de incrementos significativos dos comportamentos suicidários durante o atual contexto pandémico, o reforço das linhas de aconselhamento psicológico, é premente, no sentido de garantir, sem impedimentos, uma resposta imediata a situações carentes de atuação urgente e emergente, bem como de asseverar a acessibilidade a um posterior encaminhamento.

Porém, realça-se a necessidade de ensaios clínicos controlados e randomizados sobre a telepsiquiatria como estratégia de tratamento de adolescentes com STBs, em comparação com os métodos convencionais de prestação de cuidados. Por exemplo, uma forte relação médico-doente e, por conseguinte, a correta adesão à terapêutica constitui um fator de proteção de STBs e CAL; contudo, desconhece-se se as interações

clínicas virtuais substituem adequadamente o relacionamento presencial. Também, não é claro até que ponto a avaliação do risco de suicídio efetuada através da telemedicina é equivalente, em termos de precisão, à avaliação em contexto real (vs virtual).⁸⁰ A destacar, ainda, que a prestação de serviços num formato *online* não está isenta de riscos, incluindo questões relacionadas com a privacidade e segurança de dados. De lembrar que, nem todas as famílias têm acesso à tecnologia necessária, disponibilidade de *internet* ou instrução digital para beneficiar do serviço de telemedicina;⁴⁷ pertencendo, assim, a um dos grupos mais vulneráveis de risco de perturbações mentais e suicídio, face à pandemia da COVID-19, e que mais carecem de recursos preventivos.

No entanto, a transição para a medicina virtual oferece soluções únicas no que diz respeito à eliminação de possíveis obstáculos (de deslocamento, incompatibilidade de horários e monetários) no acesso ao sistema de saúde. Relativamente aos adolescentes, estes podem preferir sessões de terapia em modo virtual, uma vez que os meios digitais de comunicação são comumente selecionados por este grupo etário. A telemedicina facilita, ainda a participação dos pais nas sessões de terapia familiar.

Durante períodos longos de permanência em casa, como o ocorrido durante as medidas de dever cívico de recolher obrigatório impostas pela pandemia da COVID-19, é da responsabilidade dos pais respeitarem a identidade, o espaço pessoal e as necessidades especiais dos filhos, para além de monitorizarem os seus desempenhos, capacidades de autodisciplina e comportamentos (incluindo autolesivos e suicidários). A interação e relação amigável entre pais e filhos pode ajudar a aliviar a ansiedade, os receios e outras questões físicas e mentais relacionadas com a pandemia, revelando-se, ainda, como um período único para a fortificação da coesão familiar.

Visando a prevenção universal e promoção da saúde mental dos jovens, nos tempos atípicos presenciados, organizações internacionais emitiram várias diretrizes, nos quais sugeriam aos pais uma interação construtiva com as crianças, informando-as acerca da atual pandemia, conforme o respetivo nível de maturidade.^{2,81} Propuseram, ainda, as seguintes recomendações: planeamento das tarefas diárias dos filhos, envolvendo-os em deveres domésticos e atividades lúdicas, criativas e promotoras de exercício físico dentro de casa; ensino das boas práticas de higiene de mitigação da infeção pela SARS-CoV-2 e compreensão das suas responsabilidades sociais; encorajamento da socialização através de fóruns digitais sob amigável supervisão dos pais aliada à limitação do tempo despendido na *internet* e jogos virtuais, moderação da exposição

das crianças à cobertura mediática da COVID-19 e circunscrita a informações neutras baseadas em factos.⁸¹

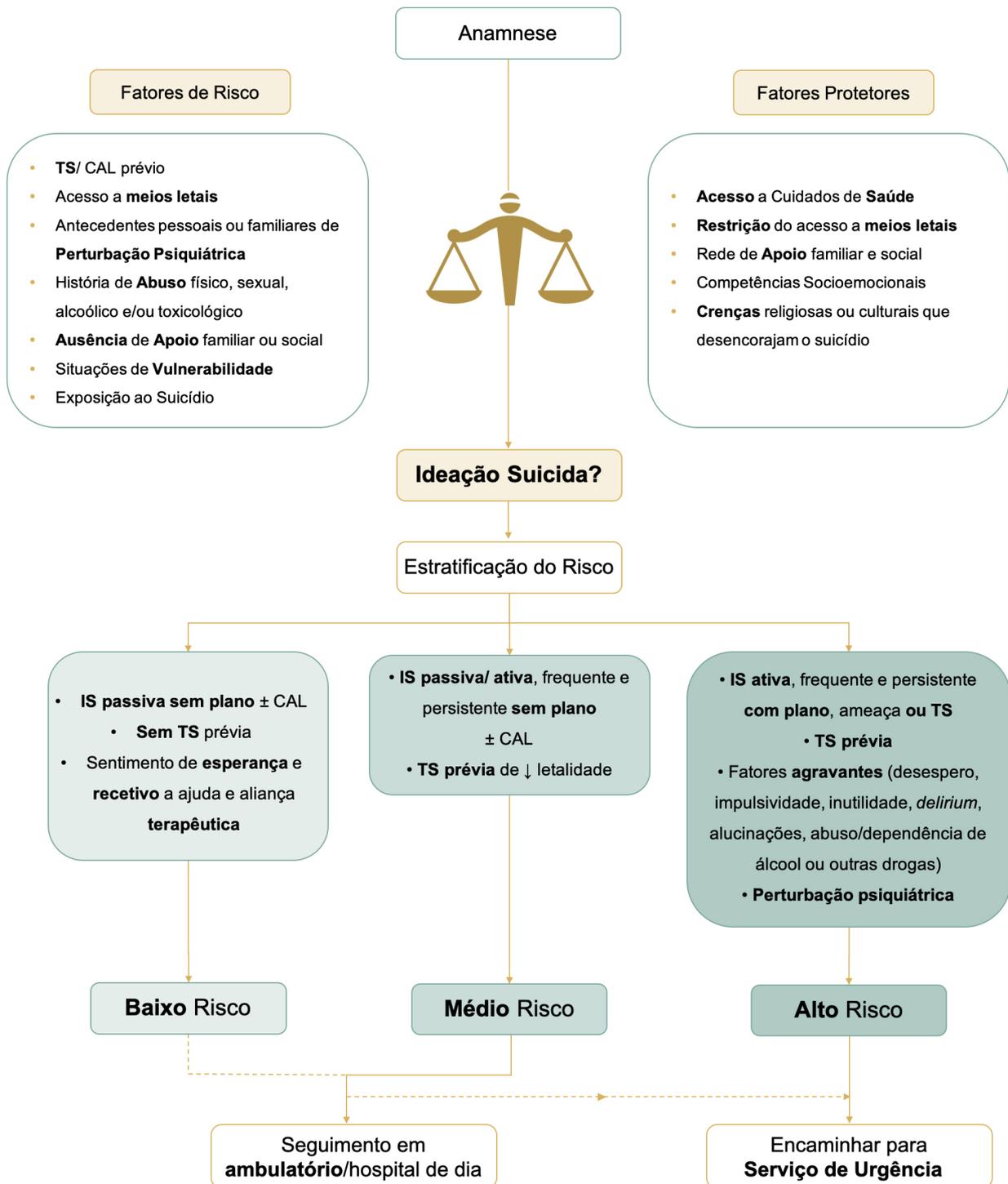


Figura 10. Rastreio, estratificação do risco e encaminhamento do suicídio.^{51,80}

4 | Discussão e Conclusão

Mesmo na ausência de eventos mundiais que exacerbassem os tensores psicossociais envolvidos no risco de suicídio, nas últimas décadas tem-se vindo a observar um padrão mundial crescente das taxas de comportamentos suicidários e autolesivos nos adolescentes. Pelo que, perante a crise global da COVID-19 e as repercussões do isolamento social e distanciamento físico por ela impostas é de esperar algum dano na saúde mental e uma acentuação da incidência até agora assistida dos CAL e do suicídio; sobretudo numa faixa etária carente de experiências sociais e estruturas familiares funcionais para o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Contudo, aquando da elaboração da presente revisão, deparamos com o facto da avaliação da dimensão do impacto da pandemia COVID-19 na génese de STBs ainda se encontrar, primordialmente, numa fase especulativa. Dos dados estatísticos disponíveis até ao momento, e da maioria dos estudos revistos neste trabalho, foi evidente o claro impacto negativo na saúde mental dos adolescentes. Conclui-se, ainda, que a taxa de ideações e tentativas de suicídio na adolescência, com maior preponderância no sexo feminino, acompanhou o contexto histórico dos casos de infeção pela SARS-CoV-2 e das medidas sanitárias deles procedentes. Destacando-se, essencialmente, dois intervalos temporais:

- O **primeiro confinamento** obrigatório (meados de fevereiro a abril de 2020) coincidente com o encerramento das escolas, no qual se verificou a **inalteração/decréscimo das taxas de STBs**, na maioria dos estudos;
- O período após a reabertura das escolas, coincidente com o **alívio das restrições** em vigor, delineado por um **acréscimo das taxas de STBs**, comparativamente aos anos anteriores.

Os resultados mencionados sugerem, ainda, que, pelo menos até meados de 2021, a pandemia não providenciou um excesso de comportamentos autolesivos nos adolescentes.

No que diz respeito aos dados correspondentes ao primeiro *lockdown* é possível que impactos positivos e negativos dele decorrentes se tenham anulado mutuamente. A realçar como efeitos positivos, os seguintes:

- Um maior tempo em família como promotor de coesão familiar e apoio afetivo, educativo e financeiro dos filhos;

- Maior facilidade por parte dos cuidadores na restrição do acesso a meios letais, no reforço da vigilância (incluindo dos meios digitais) e deteção precoce de eventuais IS, TS ou CAL adotados pelos filhos;
- Alívio de *stress* académico e *bullying* entre pares;

Contudo, é de ter em consideração que o incremento da incidência de STBs logo após o alívio das medidas de contingência pode refletir as consequências negativas experienciadas ainda durante o período de confinamento. A sublinhar como possíveis contribuidores **nocivos para a saúde mental** dos adolescentes, os seguintes:

- Exacerbação da pressão, repreensão e conflitualidade familiar, particularmente em agregados previamente disfuncionais;
- Agravamento do *stress* parental e subsequente deterioração da relação entre pais e filhos e risco de violência doméstica, negligência e exploração infantil;
- Acesso limitado a serviços básicos como escolas e estruturas de cuidados de saúde;
- Carência de meios/condições que permitam o acesso à aprendizagem virtual e consequente probabilidade de fracasso académico;
- Ausência de atividades sociais e do contacto físico com os pares;
- O medo da doença, o receio da morte própria ou de familiares e amigos e a incerteza quando ao futuro como causadores de sofrimento psicológico (*distress*), ansiedade e depressão;
- O estigma perante indivíduos infetados com SARS-CoV-2 e a consequente exclusão social;
- Incremento das dificuldades económicas e da pobreza extrema.

De notar, ainda, que a generalidade dos artigos revistos estimaram o impacto da pandemia nos comportamentos suicidários através de dados relativos à recorrência dos adolescentes ao SU. Pelo que, o decréscimo de STBs durante o período de recolher obrigatório distinguido pelo receio de sobrecarregar o sistema de saúde, pode decorrer da redução proporcional do número total de utentes que acederam ao SU. Congruentemente, após o alívio das medidas restritivas verificou-se o reinício da procura aos SUs e, de modo equitativo, o incremento do número de visitas ao SU-TS/NSSI.

Além disso, dados indicam que 40% dos adolescentes com ideações e tentativas suicidas deslocam-se ao SU no ano anterior à sua morte, pressupondo-se que os participantes englobados na estatística dos SUs constituem uma população de alto

risco.⁵⁹ Assim sendo, as taxas de STBs relatadas podem não coincidir com as verdadeiras incidências da população em geral.

Mais ainda, dada a reduzida taxa de visitas ao SU durante o período ditado pela limitação dos deslocamentos ao essencial, é possível que apenas os pacientes com casos severos tenham comparecido ao SU e, inversamente, casos de baixo risco (como por exemplo, presença de ideação suicida passiva) tenham permanecido em casa. Resultando, assim, num decréscimo global das taxas de STBs calculadas durante o primeiro confinamento.

Apesar da diminuta e inconsistente evidência do impacto agudo da pandemia pela COVID-19 na saúde mental dos jovens, o conhecimento do seu efeito a longo prazo é ainda mais desconhecido. No entanto, dada a magnitude, ubiquidade e complexidade sem precedentes da atual crise de saúde pública e da possibilidade das suas repercussões não no presente, mas sim num futuro (próximo) é premente atuar agora no que diz respeito à prevenção de perturbações mentais e do suicídio em conjunto com o encaminhamento e intervenções precoces nos adolescentes.

Os comportamentos suicidários raramente são motivados por um único fator de risco. Portanto, o aumento da suicidalidade futura poderá resultar da interação entre as consequências resultantes da pandemia e a presença de fatores de risco pré-existentes: psicológicos (TS prévia, depressão, ansiedade, dependência alcoólica ou toxicológica e outras comorbidades psiquiátricas pessoais ou familiares), experiências adversas na infância (como exemplo, história de abuso sexual, negligência, institucionalização, doença crónica, deficiência, discriminação de minorias étnicas ou sexuais e situação de pobreza), traços de personalidade (como a impulsividade) e história familiar de suicídio. Pelo que, a prevenção na era da COVID-19 exige que se abordem não só os fatores de risco de suicídio específicos da pandemia, como também dos pré-pandémicos.

Reforça-se, assim, a importância da determinação dos grupos vulneráveis mais afetados pelas medidas de isolamento ditadas pela COVID-19 bem como da inequívoca necessidade da contínua realização de estudos acerca prevalência de STBs e CAL durante a pandemia. Uma vez que, perante a possibilidade dos resultados aqui expostos carecerem de representatividade global – tendo em conta as diferenças marcadas entre os vários países, incluindo o número de casos de infeção pela SARS-CoV-2, a capacidade de resposta e sobrecarga dos serviços de saúde, bem como o impacto na taxa de mortalidade – e dada a ausência de investigações epidemiológicas acerca desta temática, em qualquer faixa etária, incidentes na população portuguesa, é de salientar

o interesse da sua célere realização; de modo a reorientar as respostas preventivas, universais, seletivas e específicas a serem implementadas a curto e longo prazo.

Embora o surto da SARS-CoV-2 tenha exposto as lacunas do presente sistema de saúde e promovido o receio acerca do “desconhecido”, é crucial que os profissionais de saúde, as famílias e os adolescentes se concentrem no que é conhecido acerca da prevenção do suicídio e o coloquem em ação.

A ausência de um claro indicador do aumento de mortes por suicídio durante o ano de 2020, aliado a evidências de níveis superiores de STBs sugerem a possibilidade de que os adolescentes receberam os cuidados de prevenção e intervenção necessários. Por conseguinte, a pandemia do novo coronavírus comprovou que dispomos de ferramentas alternativas suficientes (como por exemplo, a telemedicina) para ultrapassar as consequências dela resultantes; proporcionando, ainda, uma oportunidade de melhor preparar futuras crises em que o distanciamento físico e a quarenta possam ser implementados.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Del Carmen Bento Teixeira e à Doutora Fidjy Rodrigues pelo apoio, colaboração, disponibilidade e paciência desmedida, sem os quais não seria possível a realização da presente revisão.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que fui, sou e serei; não há palavras suficientes para expressar a imensa gratidão que tenho por vocês. Amam e acompanham-me incondicionalmente desde o meu primeiro segundo de vida. São a minha inspiração diária e a minha razão de ser. É por vocês que dou o melhor que consigo, sempre!

Às minhas irmãs e melhor amiga – os pilares da minha vida – pelas palavras de incentivo e confiança, pelas inúmeras horas que despenderam em correções e por simplesmente me perguntarem “*Então, quando é que te vais lembrar de escrever a tese?*”.

E, por fim, às minhas três estrelinhas que estão lá em cima sempre a olhar por mim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira G, Saraiva J, Fonseca P. Lições de Pediatria. Vol. I. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2017.
2. The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. In: United Nations Children's Fund (UNICEF). New York; 2021.
3. Carrilho MJ. Revista de Estudos Demográficos: Crianças e Adolescentes em Portugal. In: Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Lisboa; 2015. Available from: <https://www.ine.pt/xurl/pub/224830908>
4. Worldometers. Current reported Coronavirus cases, deaths and recovered [Internet]. [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
5. Fegert J, Vitiello B, Plener P, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14(1).
6. Carvalho Á de, Peixoto B, Saraiva CB. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/17. Direção-Geral da Saúde. (Programa Nacional para a Saúde Mental).
7. Pediatrca M, Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of Covid-19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr*. 2020;72(3):226–61.
8. Longobardi C, Morese R, Fabris MA. COVID-19 Emergency: Social Distancing and Social Exclusion as Risks for Suicide Ideation and Attempts in Adolescents. *Front Psychol*. 2020 Nov 19;11.
9. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14;395:912–20.
10. Melhem N, Brent D. Debate: The toll of the COVID-19 pandemic on children's risk for suicidal thoughts and behaviors. *Child Adolesc Ment Health*. 2021 Sep 1;26(3):274–5.
11. Outeiral J. *Adolescer*. 3rd ed. Revinter, editor. 2008.
12. Guerreiro DF, Sampaio D. Deliberate Self-harm in Adolescents: A Literature Review with Focus on Portuguese Language Research. *Rev Port Saúde Pública*. 2013;31(2):204–13.
13. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Rev*. 2008;28(1):78–106.
14. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The Effects of Social Deprivation on Adolescent Development and Mental Health. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2020 Aug 1;4(8):634.
15. Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D. Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel; 2014. 656 p.
16. Schreiber J, Culpepper L. Suicidal Ideation and Behavior in Adults. In: Roy-Byrne PP, Solomon D, editors. *UpToDate*. 2021. p. 1–35.

17. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UME, Brunner R, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2015;228(3):454–61.
18. Saraiva CB. Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatr Clínica.* 2010;31(1):185–205.
19. Keren Skegg. Self-harm. *Lancet.* 2005;366(9495):1471–83.
20. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, 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.
21. Informações gerais sobre a COVID-19 [Internet]. Direção-Geral da Saúde. 2020 [cited 2021 Dec 31]. Available from:<https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>
22. Forte A, Orri M, Brandizzi M, Iannaco C, Venturini P, Liberato D, et al. “My Life during the Lockdown”: Emotional Experiences of European Adolescents during the COVID-19 Crisis. *Int J Environ Res Public Heal* 2021, Vol 18, Page 7638. 2021 Jul 18;18(14):7638.
23. Caldas AC, Torre C, Castelão J, Monteiro M da PL, Lopes P, Baptista T. Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. *Cons Nac Saúde, República Port.* 2019;130.
24. Patton GC, Coffey C, Romaniuk H, Mackinnon A, Carlin JB, Degenhardt L, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *Lancet.* 2014;383(9926):1404–11.
25. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr.* 2020;221:246–66.
26. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(6):749–58.
27. Dumas TM, Ellis W, Litt DM. What Does Adolescent Substance Use Look Like During the COVID-19 Pandemic? Examining Changes in Frequency, Social Contexts, and Pandemic-Related Predictors. *J Adolesc Heal.* 2020;67(3)(January):354–61.
28. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(11):1218–39.
29. Murata S, Rezeppa T, Thoma B, Marengo L, Krancevich K, Chiyka E, et al. The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers. *Depress Anxiety.* 2021 Feb 1;38(2):233–46.
30. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health.* 2019;64(2):265–83.
31. Lund-Sørensen H, Benros ME, Madsen T, Sørensen HJ, Eaton WW, Postolache TT, et al. A nationwide cohort study of the association between hospitalization with

- infection and risk of death by suicide. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(9):912–9.
32. Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(5):416–27.
 33. Hu Y, Qian Y. COVID-19 and Adolescent Mental Health in the United Kingdom. *J Adolesc Heal*. 2021;69(1):26–32.
 34. Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, Takahashi K, Fujiwara T. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abus Negl*. 2020;110(July):104680.
 35. Rice T, Sher L. The Men’s Mental Health Perspective on Adolescent Suicide in the COVID-19 Era. *Acta Neuropsychiatr*. 2021;2018–21.
 36. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019-May 2021. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(24):888–94.
 37. Hoekstra PJ. Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:737–8.
 38. Gastineau KAB, Williams DJ, Hall M, Goyal MK, Wells J, Freundlich KL, et al. Pediatric Firearm-Related Hospital Encounters During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Pediatrics*. 2021;148(2):2019–22.
 39. COVID-19: A Global Crisis for Teaching and Learning [Internet]. UNESCO Institute for Statistics database, 2020. 2020 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://teachertaskforce.org/knowledge-hub/covid-19-global-crisis-teaching-and-learning>
 40. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, González-Forteza C, Hermosillo-De-La-Torre AE, Benjet C, et al. Comparison of suicide attempts among nationally representative samples of Mexican adolescents 12 months before and after the outbreak of the Covid-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2022;298:65–8.
 41. Zhang L, Zhang D, Fang J, Wan Y, Tao F, Sun Y. Assessment of Mental Health of Chinese Primary School Students before and after School Closing and Opening during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):22–5.
 42. Conejero I, Nobile B, Olié E, Courtet P. How Does COVID-19 Affect the Neurobiology of Suicide? *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(4).
 43. Oosterhoff B, Palmer CA, Wilson J, Shook N. Adolescents’ Motivations to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations With Mental and Social Health. *J Adolesc Health*. 2020;67(2)(August):179–85.
 44. Bendix A. Young adults are more likely to be COVID-19 superspreaders , new research shows — probably because they aren’ t staying home [Internet]. *Business Insider*. 2020 [cited 2021 Oct 11]. Available from: <https://www.businessinsider.com/young-people-coronavirus-superspreaders-outbreaks-college-bars-2020-8>
 45. Robillard CL, Turner BJ, Ames ME, Craig SG. Deliberate self-harm in adolescents during COVID-19: The roles of pandemic-related stress, emotion regulation

- difficulties, and social distancing. *Psychiatry Res.* 2021;304(August):114152.
46. Seçer İ, Ulaş S. An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Emotional Reactivity, Experiential Avoidance, Depression and Anxiety. *Int J Ment Health Addict.* 2021;19(6):2306–19.
 47. Duvillier L, Franco A, Pablo J, Ospino G, Gorostiaga A, Green S. The State of the World's Children - Children in a Digital World. In: United Nations Children's Fund (UNICEF). New York; 2017.
 48. Deslandes SF, Coutinho T. The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence. *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25:2479–86.
 49. The Sustainable Development Goals Report 2021 [Internet]. United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs; 2021 [cited 2022 Jan 21]. p. 1–64. Available from: www.un.org/publications
 50. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res.* 2020;293(August):113429.
 51. Ordem dos Psicólogos. Vamos falar sobre suicídio? [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 4]. Available from: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_diamundialprevencaosuicidio_documento.pdf
 52. Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord.* 2021;292(September 2020):139–41.
 53. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ de, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;667–77.
 54. Oliveira A, Amâncio L, Sampaio D. Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica.* 2001;4(XIX):509–21.
 55. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021;5(2):229–38.
 56. Wang D, Ross B, Zhou X, Meng D, Zhu Z, Zhao J, et al. Sleep disturbance predicts suicidal ideation during COVID-19 pandemic: A two-wave longitudinal survey. *J Psychiatr Res.* 2021 Nov 1;143:350–6.
 57. Runkle JD, Yadav S, Michael K, Green S, Weiser J, Sugg MM. Crisis Response and Suicidal Patterns in U.S. Youth Before and During COVID-19: A Latent Class Analysis. *J Adolesc Heal.* 2022;70(1):48–56.
 58. Kaparounakia, C.K.; Patsali, M.E.; Mousa, V.; Papadopoulou, K.K; Konstantinos NF. University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry Res.* 2020;290(January).
 59. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. *Am Acad Pediatr.* 2021;147(3).
 60. Philip B V. Escalating Suicide Rates Among School Children During COVID-19 Pandemic and Lockdown Period: An Alarming Psychosocial Issue. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(1):92–3.

61. Koenig J, Kohls E, Moessner M, Lustig S, Bauer S, Becker K, et al. The impact of COVID-19 related lockdown measures on self-reported psychopathology and health-related quality of life in German adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;
62. Ahmad FB, Anderson RN. The Leading Causes of Death in the US for 2020. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2021;325(18):1829–30.
63. López Steinmetz LC, Fong SB, Godoy JC. Suicidal risk and impulsivity-related traits among young Argentinean college students during a quarantine of up to 103-day duration: Longitudinal evidence from the COVID-19 pandemic. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2021;(June):1–14.
64. Ray JG, Austin PC, Aflaki K, Guttman A, Park AL. Comparison of Self-harm or Overdose Among Adolescents and Young Adults Before vs During the COVID-19 Pandemic in Ontario. *JAMA Netw Open*. 2022;5(1):e2143144.
65. Ridout KK, Alavi M, Ridout SJ, Koshy MT, Awsare S, Harris B, et al. Emergency Department Encounters among Youth with Suicidal Thoughts or Behaviors during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021;
66. Santana R, Sousa JS, Soares P, Lopes S, Boto P, Rocha JV. The Demand for Hospital Emergency Services: Trends during the First Month of COVID-19 Response. *Port J Public Heal*. 2020;38(1):30–6.
67. Mayne SL, Hannan C, Davis M, Young JF, Kelly MK, Powell M, et al. COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. *Pediatrics*. 2021;148(3).
68. Ougrin D, Wong BH ching, Vaezinejad M, Plener PL, Mehdi T, Romaniuk L, et al. Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;
69. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Prim*. 2019;5(1).
70. Hutchinson EA, Sequeira SL, Silk JS, Jones NP, Oppenheimer C, Scott L, et al. Peer Connectedness and Pre-Existing Social Reward Processing Predicts U.S. Adolescent Girls' Suicidal Ideation During COVID-19. *J Res Adolesc*. 2021;31(3):703–16.
71. Zhu S, Zhuang Y, Lee P, W.C.Wong P. The changes of suicidal ideation status among young people in Hong Kong during COVID-19: A longitudinal survey. *J Affect Disord*. 2021;294(February):151–8.
72. Thompson EC, Thomas SA, Burke TA, Nesi J. Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically hospitalized adolescents pre- and post- COVID-19: A historical chart review and examination of contextual correlates. 2020;(January).
73. Carosella KA, Wiglesworth A, Silamongkol T, Tavares N, Falke CA, Fiecas MB, et al. Non-suicidal self-injury in the context of COVID-19: The importance of psychosocial factors for female adolescents. *J Affect Disord Reports*. 2021;4(February):100137.
74. Revet A, Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Kehoe LA, Gradl-Dietsch G, Anderluh M, et al. Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jul 29;

75. Matovu JKB, Kabwama SN, Ssekamatte T, Ssenkusu J, Wanyenze RK. COVID-19 Awareness, Adoption of COVID-19 Preventive Measures, and Effects of COVID-19 Lockdown Among Adolescent Boys and Young Men in Kampala, Uganda. *J Community Health*. 2021 Aug 1;46(4):842–53.
76. Lathabhavan R, Griffiths M. First case of student suicide in India due to the COVID-19 education crisis: A brief report and preventive measures. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102202.
77. Mamun MA, Bhuiyan AKMI, Manzar MD. The first COVID-19 infanticide-suicide case: Financial crisis and fear of COVID-19 infection are the causative factors. *Asian J Psychiatr*. 2020;54.
78. Mak I, Chu C, Pan P, Yiu M, Chan V. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):318–26.
79. Cloutier RL, Marshaall R. A dangerous pandemic pair: Covid19 and adolescent mental health emergencies. 2020;(January):2020–2.
80. Szlyk H, Berk M, Peralta A, Miranda R. COVID-19 Takes Adolescent Suicide Prevention to Less Charted Territory. *J Adolesc Heal*. 2020;67(2):161–3.
81. Healthy Parenting [Internet]. World Health Organization (WHO). 2020 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/healthy-parenting>