



**UNIVERSIDADE DOS AÇORES**

Carolina Portugal de Sousa Nunes

**AUTO-DANO E IDEAÇÃO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE**  
Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação suicida na Adolescência  
(QIAIS-A)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação  
Ramo de especialização em Contextos Educativos

Realizada sob Orientação Científica de:  
Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

**Ponta Delgada, 2012**

**Carolina Portugal de Sousa Nunes**

**AUTO-DANO E IDEAÇÃO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE**  
Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação suicida na Adolescência  
(QIAIS-A)

Dissertação apresentada na Universidade dos Açores,  
para obtenção de grau de Mestre em Psicologia da Educação  
Especialização em Contextos Educativos

Realizada sob Orientação Científica de:  
Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

**Ponta Delgada, 2012**

**Resumo**

O auto-dano e a ideação suicida entre os jovens são um problema sério e um foco importante de política social e prática profissional nos países ocidentais, sendo que, a nível mundial, as taxas destes comportamentos em adolescentes têm aumentado.

Neste sentido, a avaliação de comportamentos de auto-dano e ideação suicida assume especial relevância. O principal objetivo deste estudo é identificar a presença de comportamentos auto-destrutivos – comportamentos de auto-dano e comportamentos suicida – em adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, da ilha de São Miguel; caracterizar os adolescentes da ilha com e sem comportamentos auto-lesivos e identificar quais as variáveis mais associadas a esses comportamentos.

Dada as lacunas existentes em instrumentos de avaliação desses comportamentos, fez-se necessária a construção e validação do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), numa amostra de adolescentes.

Dois estudos com objetivos específicos são levados a cabo neste trabalho, o primeiro dedicado inteiramente à validação da escala QIAIS-A e o segundo à caracterização dos comportamentos auto-lesivos, sua avaliação e comparação dos mesmos em função das variáveis sociodemográficas e outras variáveis referidas pela literatura.

Para o primeiro estudo foi recolhida, aleatoriamente, uma amostra de 1605 alunos do ensino secundário. A escala revelou bons indicadores psicométricos, do ponto de vista da validade, sendo que quer o total ( $\alpha=.90$ ), quer os fatores (fator Impulso  $\alpha=.77$ ; fator Auto-dano  $\alpha=.88$ ; fator Funções do auto-dano  $\alpha=.94$ ; fator Ideação suicida  $\alpha=.82$ ), apresentam bons indicadores de consistência interna. De um modo geral este instrumento revela ser bastante adequado do ponto de vista psicométrico para avaliar comportamentos de auto-dano e ideação suicida.

No segundo estudo a amostra, também aleatória, é composta por 1818 alunos. Os comportamentos de auto-dano e ideação suicida são caracterizados na amostra, em função das variáveis sociodemográficas, sendo também relacionados com outras variáveis referidas na literatura da especialidade. Os resultados indicam que a taxa de adolescentes que se envolvem em comportamentos de auto-dano (31.3%) e ideação suicida (26.3%) é elevada.

Palavras-chave: adolescentes; suicídio; auto-mutilação; auto-injúria; comportamentos auto-destrutivos, auto-dano.

**Abstract**

The self-harm and suicidal ideation among young people is a serious problem and an important focus of social policy and professional practice in Western countries, whereas globally rates of these behaviors in adolescents have increased.

In this sense, the assessment of self-harm behaviors and suicidal ideation is of particular relevance. The main objective of this study is to identify the presence of self-destructive behaviors - self-harm behaviors and suicidal behaviors - in adolescents aged 14 to 19 years, in São Miguel Island. The objective is to characterize adolescents with and without self-injurious behaviors and identify which variables most associated with these behaviors.

Given the gaps in assessment tools of such behaviors became needed to develop and validate the Impulse, Self-harm and Suicidal Ideation in Adolescents Questionnaire (QIAIS-A) in a sample of adolescents.

Two studies with specific objectives are carried out in this work; the first is entirely devoted to validate the scale QIAIS-A and the second to the characterization of self-injurious behaviors. Their evaluation and comparison is in function of socialdemographic variables and other variables mentioned in the literature.

For the first study it was collected randomly a sample of 1605 high school students. The scale showed good psychometric indicators, in terms of validity, and whether the total ( $\alpha = .90$ ), both factors (Impulse factor  $\alpha = .77$ ; Self-harm factor  $\alpha = .88$ ; Functions of self-harm factor  $\alpha = .94$ ; Suicidal ideation factor  $\alpha = .82$ ), exhibit good indicators of internal consistency. Generally this tool turns out to be very suitable from the viewpoint psychometric for evaluating behaviors of self-harm and suicidal ideation.

In the second study, the sample also random comprises 1818 students. The behaviors of self-harm and suicidal ideation are featured in the sample, according to sociodemographic variables, and are also related to other variables mentioned in the literature. The results indicate that the rate of adolescents who engage in self-harm behaviors (31.3%) and suicidal ideation (26.3%) is high.

Keywords: adolescents; suicide; self-mutilation, self-injury; self-destructive behaviors; self-harm.

## **Agradecimentos**

O meu sincero obrigado à Professora Doutora Célia Barreto Carvalho, pilar deste trabalho, pelo seu *eterno* entusiasmo, determinação e dedicação.

À Vera Pereira, companheira de conquistas e tormentas, pelo apoio, pelo carinho, pela partilha.

Aos adolescentes e às escolas que participaram e viabilizaram este estudo, por serem a razão dele existir.

Aos colegas da licenciatura pelo apoio.

À Mariana pelas suas capacidades linguísticas.

Ao Cajó, pela força, coragem e amor.

Ao meu pai pela dedicação, paciência, disponibilidade e carinho.

À minha mãe pelo *nam myoho rengue kyo*.

À minha família em geral que sei que torce por mim.

Ao Viriato.

**Siglas e Abreviaturas**

CASE	<i>Child &amp; Adolescent Self-harm in Europe</i>
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
QIAIS-A	Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência
RTSHIA	<i>The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents</i>
MCAI-A	Memórias de Calor a Afeto na Infância
SPSS	<i>Statistical Packadge for Social Sciences</i>
EADS-21	Escala de Ansiedade e Depressão
EFACT	Escala de Formas de Auto-criticismo/Ataque e Auto-tranquilizante
AQ	<i>Agression Questionnaire</i>
CECA-Q	<i>Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire</i>
PROFIJ	Programa Formativo de Inserção de Jovens
DRE	Direção Regional da Educação

**Índice Geral**

Resumo .....	3
Abstract .....	5
Agradecimentos .....	7
Siglas e Abreviaturas .....	8
Índice do Estudo .....	9
Índice de Figuras e Quadros .....	12

**Índice do Estudo**

Introdução .....	15
------------------	----

**Capítulo I - Enquadramento concetual** ..... 18

1. A adolescência e os comportamentos auto-destrutivos .....	18
1.1. Comportamentos de auto-dano .....	22
1.1.1. Auto-dano e sua relação com o suicídio .....	27
1.1.2. Razões que podem levar ao auto-dano na adolescência .....	29
1.1.3. Fatores associados ao comportamento de auto-dano .....	34
1.2. O comportamento suicida .....	40
1.2.1. O comportamento suicida da adolescência .....	44
1.2.2. Fatores de risco associados ao comportamento suicida .....	47
1.2.3. Fatores de proteção associados ao comportamento suicida .....	51

**Capítulo II - Estudo 1. Aferição do questionário de Impulso, Auto-dano e  
Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)** ..... 54

1. Objetivos .....	55
2. Metodologia .....	56
2.1. Caracterização da amostra .....	56
2.2. Instrumentos .....	58
2.2.1. QIAIS-A .....	58

---

2.2.2. RTSHIA .....	59
2.2.3. MCAI-A .....	60
2.3. Procedimentos de investigação .....	60
2.4. Procedimentos estatísticos .....	61
3. Resultados .....	62
3.1. Estudos da dimensionalidade da escala .....	62
3.1.1. Estudos preliminares .....	62
3.1.2. Estudo definitivo .....	65
3.1.2.1. Consistência interna e propriedade dos itens .....	76
3.2. Estudos de validade convergente e divergente .....	80
3.2.1. Validade convergente .....	80
3.2.2. Validade divergente .....	81
3.3. Consistência interna e propriedades dos itens do fator Funções do auto-dano .....	82
4. Discussão .....	83
5. Conclusões .....	89
<b>Capítulo III - Estudo 2. Auto-dano, Ideação Suicida na Adolescência.....</b>	<b>90</b>
1. Objetivos .....	91
2. Metodologia .....	93
2.1. Caracterização da amostra .....	94
2.2. Instrumentos .....	97
2.2.1. Ficha de caracterização sociodemográfica .....	97
2.2.2. QIAIS-A .....	97
2.2.3. EADS-21 .....	98
2.2.4. EFACT .....	99
2.2.5. AQ .....	99
2.2.6. CECA-Q .....	100
2.3. Procedimentos de investigação .....	100
2.4. Procedimentos estatísticos .....	101
3. Resultados .....	101

---

3.1. Caracterização dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra .....	101
3.1.1. Em função das variáveis sociodemográficas: .....	110
3.1.1.1. Género .....	110
3.1.1.2. Idade .....	111
3.1.1.3. Nível de ensino .....	113
3.1.1.4. Reprovação académica .....	113
3.1.1.5. Nível socioeconómico dos pais .....	114
3.1.1.6. Satisfação na escola .....	115
3.1.1.7. Satisfação na família .....	116
3.2. Relação dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida com outras variáveis referidas na literatura .....	117
3.2.1. Sintomatologia psicopatológica (EADS-21) .....	117
3.2.2. Auto-criticismo (EFACT).....	118
3.2.3. Raiva (AQ) .....	119
3.2.4. Estilos parentais (CECA-Q) .....	120
4. Discussão .....	121
5. Conclusões .....	133
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	135
<b>Anexos</b> .....	144
Anexo 1 – Pedido de autorização para a realização do estudo .....	145
Anexo 2 – Autorização da DRE para a realização do estudo .....	147
Anexo 3 – Pedido de participação no estudo às escolas .....	148
Anexo 4 – Consentimento informado aos pais dos alunos .....	154
Anexo 5 – Protocolo de Investigação .....	155
Anexo 6 - Lista de classificação da avaliação do nível socioeconómico dos pais ...	169

---

**Índice de Figuras e Quadros**

Figura 1	Algoritmo diferencial de auto-dano deliberado
Figura 2	Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)
Quadro 1	Características da amostra total (n=1605) em função do Género e da Idade
Quadro 2	Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax) do fator Impulso na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)
Quadro 3	Itens constituintes do componente <i>Impulso/Hipercinésia</i>
Quadro 4	Itens constituintes do componente <i>Auto-crontolo do impulso</i>
Quadro 5	Coeficientes de Alfa de <i>Cronbach</i> para cada um dos componentes do fator Impulso da escala QIAIS-A
Quadro 6	Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax) do fator Auto-dano na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)
Quadro 7	Itens constituintes do componente <i>Auto-dano propriamente dito</i>
Quadro 8	Itens constituintes do componente <i>Auto-dano com recurso a objetos</i>
Quadro 9	Itens constituintes do componente <i>Auto-dano associado a comportamentos de risco</i>
Quadro 10	Coeficientes de alfa de <i>Cronbach</i> para cada um dos componentes do fator Auto-dano da escala QIAIS-A
Quadro 11	Itens constituintes do componente <i>Ideação suicida</i>
Quadro 12	Correlações entre os componentes da escala na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)
Quadro 13	Correlações entre os componentes e o total da escala na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)
Quadro 14	Correlações entre os fatores e o total da escala na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)
Quadro 15	Propriedades dos itens do fator Impulso ( $\alpha=.77$ )
Quadro 16	Propriedades dos itens do fator Auto-dano ( $\alpha=.88$ )
Quadro 17	Propriedades dos itens do fator Ideação suicida ( $\alpha=.82$ )

- 
- Quadro 18 Estatísticas descritivas e alfa de *Cronbach* para os fatores e total (33 itens) da escala (n=1606)
- Quadro 19 Correlações entre fatores da QIAIS-A e fatores da RTSHIA na amostra de adolescentes do ensino secundário
- Quadro 20 Correlações entre os fatores e total da QIAIS-A e o total da MCAI-A na amostra de adolescentes do ensino secundário
- Quadro 21 Propriedades dos itens do fator Funções ( $\alpha=.94$ )
- Quadro 22 Características da amostra total (n=1818) em função do Género e da Idade
- Quadro 23 Características do auto-dano na amostra em estudo (n=1818)
- Quadro 24 Características do nível de auto-dano nos indivíduos que apresentam o comportamento (n=533)
- Quadro 25 Características da ideação suicida na amostra em estudo (n=1766)
- Quadro 26 Características do auto-dano em função da impulsividade na amostra em estudo (n=1783)
- Quadro 27 Características do auto-dano em função da ideação suicida na amostra em estudo (n=1766)
- Quadro 28 Itens constituintes da *Função de Reforço Automático Positivo*
- Quadro 29 Itens constituintes da *Função de Reforço Automático Negativo*
- Quadro 30 Itens constituintes da *Função de Reforço Social Negativo*
- Quadro 31 Itens constituintes da *Função de Reforço Social Positivo*
- Quadro 32 Correlações entre os grupos de funções e o total do fator Funções na amostra de adolescentes
- Quadro 33 Caracterização das funções do auto-dano próprio da QIAIS-A de acordo com o modelo de quatro funções de Nock e Prinstein (2004)
- Quadro 34 Caracterização das funções do auto-dano associado a comportamentos de risco da QIAIS-A de acordo com o modelo de quatro funções de Nock e Prinstein (2004)
- Quadro 35 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes do sexo masculino e na amostra de adolescentes do sexo feminino (teste t para amostras independentes)

- Quadro 36 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida em função da idade na amostra de adolescentes em estudo
- Quadro 37 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da idade (teste t para amostras independentes)
- Quadro 38 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes de programas Oportunidade e PROFIJ e amostra de adolescentes do ensino secundário (teste t para amostras independentes)
- Quadro 39 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da reprovação académica (teste t para amostras independentes)
- Quadro 40 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida em função da reprovação académica dos adolescentes em estudo
- Quadro 41 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida em função do nível socioeconómico dos pais dos adolescentes em estudo
- Quadro 42 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da satisfação na escola (teste t para amostras independentes)
- Quadro 43 Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da satisfação na família (teste t para amostras independentes)
- Quadro 44 Correlações entre os fatores e total da QIAIS-A e o total da EADS-21 na amostra de adolescentes do ensino secundário
- Quadro 45 Correlações entre os fatores da QIAIS-A (auto-dano e ideação suicida) e os fatores da EFACT na amostra total de adolescentes
- Quadro 46 Correlações entre os fatores e o total (33 itens) da QIAIS-A e os fatores e o total da AQ na amostra de adolescentes em estudo
- Quadro 47 Correlações entre os fatores da QIAIS-A (auto-dano e ideação suicida) e o fator antipatia mãe e pai da CECA-Q na amostra total

## **Introdução**

Os comportamentos auto-destrutivos são um problema de saúde pública (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) o que faz com que tenham despertado um interesse crescente na investigação, que alerta, assim, para o impacto destes na vida do indivíduo (Pelios, Morren, Tesch & Axelrod, 1999; Duque & Neves, 2004). A nível mundial, as taxas de comportamentos auto-lesivos em adolescentes têm aumentado (Williams & Bydalek, 2007), tornando-se o auto-dano entre os jovens um problema sério e um foco importante de política social e prática profissional nos países ocidentais (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

O comportamento suicida, por sua vez, também se constitui como uma tragédia pessoal e familiar, uma vez que não causa sofrimento apenas à pessoa em causa, afetando, em média, cerca de seis pessoas próximas à mesma (WHO, 2002). Stheneur (2006) aponta o suicídio como a segunda causa de morte na adolescência nos países ocidentais, logo seguida dos acidentes rodoviários.

O trabalho que se segue estuda os comportamentos auto-lesivos nos adolescentes. Esta faixa etária foi escolhida em virtude de o adolescente ser cognitivamente mais capaz de planejar e realizar uma tentativa de suicídio de forma mais eficaz, ou seja, letal, do que indivíduos mais jovens vítimas de suicídio. Dado que os jovens mais velhos têm menos supervisão dos pais e mais autonomia, isso pode aumentar o risco de oportunidade de suicídio (Brigde, Goldstein & Brent 2006).

Muitas sociedades ainda não discutem abertamente os comportamentos auto-lesivos, devido à falta de consciência para tal, e muito poucos países desenvolvem programas de prevenção acerca desta problemática (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005). Sendo este um problema ainda subestimado, torna-se pertinente a realização de mais estudos nesta área, particularmente na região dos Açores, que carece de dados relativos ao comportamento de auto-dano e comportamentos suicidas na adolescência.

Em Portugal, do nosso conhecimento, não existem dados publicados referentes a estudos nesta área, daí a urgência de um estudo neste âmbito, para que, assim, se possam realizar futuros programas de prevenção.

É neste sentido que a presente dissertação de insere no âmbito da Psicologia da Educação, buscando dados fidedignos que possam servir de base para o desenvolvimento de programas de intervenção mais eficazes sobre os comportamentos auto-lesivos nas escolas. A escola, como o espaço de educação mais legítimo da sociedade moderna, representa um papel essencial na educação dos jovens. Mais do que um espaço de escolarização, a escola é sobretudo um espaço de formação humana (Rodrigues, 2001).

Desta forma, a escola deve promover o desenvolvimento de conhecimentos, ideias, atitudes e comportamentos que permitam a inclusão dos indivíduos na sociedade (Sacristán & Gómez (1998). Oliveira e Oliveira (1996) também referem ser importante ter em conta todos os fatores pessoais, interpessoais e institucionais que afetam a educação do indivíduo.

Assim, através desta investigação, poder-se-á perceber a real pertinência de pensar e agir na gravidade da problemática em questão e sensibilizar, assim, a comunidade em geral, mas especialmente a comunidade educativa, para a importância do tema.

A presente dissertação organiza-se em duas partes, uma primeira parte constituída pelo primeiro capítulo (I Capítulo), no qual se procede à revisão de literatura relativa às temáticas abordadas e, uma segunda parte, constituída por dois capítulos (II Capítulo; III Capítulo) que serão tratados separadamente. O primeiro (II Capítulo), refere-se à validação da QIAIS-A (Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência) – Estudo 1, sendo abordado no segundo (III Capítulo) o trabalho de campo realizado – Estudo 2. Para além destas duas partes, esta dissertação conta também com um resumo, com a presente introdução e com uma conclusão para o Estudo 1 e outra para o Estudo 2. Em termos formais conta ainda com uma secção de referências bibliográficas e outra de anexos.

No Capítulo I procede-se ao enquadramento conceptual sobre os comportamentos auto-lesivos na adolescência, visando o aprofundamento do conhecimento nesta área. Abordar-se-á o comportamento de auto-dano, a sua definição do ponto de vista de vários autores, as razões do envolvimento em tal comportamento, bem como a sua relação com o suicídio e outras variáveis; os comportamentos suicidas serão explanados, tal como os fatores de risco associados a tais comportamentos.

O Capítulo II (Estudo 1) é dedicado exclusivamente à validação de uma escala de auto-resposta, a utilizar nesta investigação, que tem como foco principal os adolescentes e os seus comportamentos auto-destrutivos. Analisaremos as características desse instrumento de forma a concluir se possui ou não as qualidades psicométricas recomendadas para poder ser usado.

No Capítulo III (Estudo 2) procede-se à apresentação do trabalho de campo, onde os comportamentos de auto-dano e ideação suicida na adolescência serão avaliados na amostra em estudo; caracterizados em função de variáveis sociodemográficas; e comparados com outras variáveis referidas pela literatura da especialidade

**CAPÍTULO I**  
**Enquadramento Concetual**

## **CAPÍTULO I - Enquadramento Concetual**

### **1. A adolescência e os comportamentos auto-destrutivos**

A adolescência é considerada uma etapa de desenvolvimento biopsicossocial, situada entre a infância e a idade adulta, onde o indivíduo sofre mudanças corporais e se adapta a estruturas ambientais e psicológicas novas (Ferreira & Nelas, 2006). É, assim, uma etapa de transição e transformações físicas, psíquicas, afetivas e sociais, onde o jovem precisará reestruturar o seu corpo, agora sexuado, a sua identidade psíquica e o seu meio (Brito, 2011).

Podendo variar em relação ao sexo, etnia, geografia, cultura e condição socioeconómica, a adolescência é considerada, no ocidente, como ocorrendo entre os 12 e os 20 anos. Hoje reconhecida como um período de desenvolvimento humano, a adolescência é um tempo em que os jovens desenham a sua identidade, escolhem o que querem fazer profissionalmente e preparam o seu projeto de vida (Ferreira & Nelas, 2006), precisamente quando os sentimentos sexuais, agressivos e os conflitos estão no seu máximo (Joffe, 2000).

Dado isto, a adolescência é muitas vezes, mas não obrigatoriamente, uma fase intensa, de transformações e de conflitos, em que o jovem pode enveredar por comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, como solução para os seus problemas (Borges & Werlang, 2006), sendo relativamente comum o sofrimento psíquico (Stheneur, 2006).

De acordo com Cassorla (1987 cit. in Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), os conflitos que os jovens vivem na adolescência podem ter naturalmente um carácter suicidógeno, o que os predispõe a situações de crise (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Contudo, é necessário perceber que características próprias desta fase podem aparecer desajustadas e se traduzir em aspetos patológicos (Borges & Werlang, 2006).

O facto de ser um período vulnerável, por todas as mudanças que nela ocorrem, pela busca de independência dos pais e maior valor dos amigos e pela vontade de exploração de novas situações, com as quais o jovem não sabe ainda como lidar (Sapienza & Pedromônico, 2005), a adolescência é a fase onde é fácil o jovem adotar comportamentos de risco. Por risco entende-se uma consequência da livre e consciente decisão do

---

indivíduo se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico. São necessárias três condições para a definição de risco: possibilidade de haver perda; possibilidade de ganho; e possibilidade de aumentar ou de diminuir a perda ou os danos (McCrimmond & Werhrung, 1986).

Os comportamentos de risco, por sua vez, podem sujeitar a saúde física e mental do jovem. Muitas vezes ele embarca nessas atitudes apenas por exploração ou pela influência do meio. A adoção dessas mesmas atitudes e a sua consolidação trarão consequências a nível individual, familiar e social (Feijó & Oliveira, 2001). Também essas consequências poderão advir do facto dos comportamentos auto-destrutivos serem, muitas vezes, escondidos ou mesmo negados pela própria família do adolescente (Borges & Werlang, 2006).

Os comportamentos auto-destrutivos são um problema de saúde pública (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) o que faz com que tenham despertado um interesse crescente na investigação, que alerta, assim, para o impacto destes na vida do indivíduo (Pelios, Morren, Tesch & Axelrod, 1999; Duque & Neves, 2004). Alguns autores desses estudos, referem a adolescência como uma fase do desenvolvimento em que estes comportamentos auto-lesivos são um problema significativo (Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002 cit. in Duque e Neves, 2004; Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Madge, Hewitt, Hawton, Wilde, Corcoran, Fekete, Heeringen, Leo & Ystgaard, 2008; Madge, Hawton, MacMahon, Corcoran, Leo, Wilde, Fekete, Heeringen, Ystgaard & Arensman, 2011), sendo o sexo feminino referido como o mais propenso a tais comportamentos (Castro, 2002 cit. in Duque & Neves; Glucklich, 1999 cit. in Duque & Neves, 2004; Hawton Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Madge et al., 2008; Madge et al., 2011).

O comportamento auto-destrutivo é uma “perturbação grave e crónica, que frequentemente resulta em riscos físicos, sociais e educacionais significativos” (*U.S. National Institute of Health*, 1989 in Pelios, Morren, Tesch & Axelrod, 1999, p.185). Os comportamentos auto-destrutivos podem estar associados a atos manipulativos, tentativas de suicídio ou suicídio, apresentado entre si “diferenças significativas relativamente ao planeamento, motivação, letalidade, psicopatologia associada, reação à descoberta e,

sobretudo, no que respeita ao nível de intencionalidade suicida experienciada” (Moreira, 2008 cit. in Moreira & Gonçalves, 2010, p.133).

Na definição de Moreira (2008 cit. in Moreira & Gonçalves, 2010), os comportamentos auto-lesivos são toda a ação em que o indivíduo causa uma lesão a si mesmo, independentemente da intencionalidade fatal e do conhecimento do verdadeiro motivo dessa ação. Já em Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006), os comportamentos auto-destrutivos dividem-se em comportamentos suicidas (ideação suicida e tentativa de suicídio), em que o indivíduo tem intenção de acabar com a sua vida e comportamentos de auto-dano não suicida.

Dado que tais atitudes quase nunca acontecem antes da adolescência, Laufer (2000) questiona-se sobre o que sucederá ao nível do desenvolvimento nessa fase da vida, que precipita o jovem a tais condutas. O autor, no seu estudo, encontra em adolescentes perturbados e com tentativa de suicídio do *Brent Adolescent Center*,

*sentimentos extremos de desprezo e ódio por si próprios, conjugados com uma incapacidade em utilizar a zanga de forma normal e construtiva para os ajudar a seguirem a independência dos pais, é disso exemplo o sentimento de anormalidade e ódio dos seus corpos, de tal modo que qualquer tentativa de usarem os seus corpos como fonte de prazer e de uma forma adulta e independente falha e conduz a um aumento dos sentimentos de anormalidade*

(Laufer, 2000, p. 54).

O que é certo é que o jovem apresenta uma tal deceção e desespero que se sente impotente diante das dificuldades, não encontrando outra solução para o seu sofrimento que não o suicídio (Alvin, 2000) ou o ataque do seu próprio corpo como forma de aliviar o seu sofrimento (Borges & Werlang, 2006).

No nosso estudo trataremos os comportamentos auto-destrutivos de acordo com a opinião de Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006), dividindo esses comportamentos em comportamentos suicidas (ideação suicida e tentativa de suicídio),

---

em que o indivíduo tem intenção de acabar com a sua vida e comportamentos de auto-dano não suicida.

### **1.1. Comportamentos de auto-dano**

Ainda não se chegou a um consenso sobre o que é ou não é afinal o auto-dano deliberado. Não há dúvida de que é de grande importância o seu estudo, pois além de ser um fenómeno complexo (Mangnall & Yurkovich, 2008) é também de difícil diagnóstico (Williams & Bydalek, 2007). A nível mundial, as taxas de comportamentos auto-lesivos em adolescentes têm aumentado (Williams & Bydalek, 2007), tornando-se o auto-dano entre os jovens um problema sério e um foco importante de política social e prática profissional nos países ocidentais (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007). De acordo com Darche (1990) a taxa de incidência dos comportamentos de auto-dano é mais elevada em adolescentes do que em adultos, aproximando-se dos 40% nos indivíduos jovens. DiClemente, Ponton e Hartley (1991), apontam a taxa de incidência do auto-dano na adolescência nos 61 %.

Alguns outros estudos sugerem que 14% a 39% dos adolescentes na comunidade (Lloyd, 1998 cit. in Nock & Prinstein, 2004; Ross & Heath, 2002 cit. in Nock & Prinstein, 2004) e 40% a 61% dos adolescentes em regime de internato psiquiátrico (Darche, 1990; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991) têm comportamentos auto-lesivos.

Contudo, a prevalência do auto-dano entre adolescentes é divergente e apresenta lacunas, não permitindo assim que exista uma real consciência do problema e que se possam identificar os indivíduos que estão em maior risco (Scoliers, Portzky, Madge, Hewitt, Hawton, Wilde, Ystgaard, Arensman, Leo, Fekete & Heeringen, 2009; Madge et al., 2008). Segundo Williams e Bydalek (2007) muito pouco é conhecido sobre o comportamento de auto-dano na adolescência.

No estudo *CASE - Child & Adolescent Self-harm in Europe* (Madge et al., 2008), com adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, de seis países da Europa e Austrália, foi encontrada uma alta prevalência de auto-dano e pensamentos de auto-dano, sendo que 13.5% das raparigas e 4.3% dos rapazes relataram um episódio de auto-dano na sua vida, sendo o método mais usado entre os jovens o auto-corte. Ainda segundo o mesmo estudo, um pouco mais de metade dos adolescentes com auto-

mutilação demonstrou repetição do ato no ano antecedente ao estudo, e quase metade (48.0%) decidiram fazê-lo uma hora antes de efetuarem esse comportamento. A maioria dos episódios (83.3%) de auto-dano ocorreu em casa e foi mais comum o comportamento de auto-dano no sexo feminino do que no sexo masculino (Madge et al., 2008).

Favazza (2006 cit. in Williams & Bydalek, 2007), observou que os indivíduos que cometem auto-dano, normalmente iniciam estes comportamentos no início da adolescência, continuando-os por mais 10 ou 20 anos, podendo vir a desenvolver, mais tarde, distúrbios alimentares, cleptomania ou abuso de álcool ou outras substâncias.

No entanto, aspetos básicos como a idade de início dos comportamentos de auto-dano, bem como a sua frequência e os métodos mais utilizados, não estão claros na literatura (Nock & Prinstein, 2004).

Favazza e Rosenthal (1993 cit. in Duque & Neves, 2004), referem que os comportamentos de ‘auto-mutilação’ são toda a ação através da qual o indivíduo, sem intenção suicida consciente, causa deliberadamente uma lesão corporal a si mesmo. Alguns autores incluem ainda na ‘auto-mutilação’ auto-lesões e/ou auto-envenenamento (NHS, 1998; Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002).

Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006) e Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007), utilizam o termo ‘auto-injúria não suicida’ como a lesão deliberada e direta do tecido corporal, sem intenção de morrer. A auto-injúria não suicida refere-se, portanto, a qualquer comportamento social inaceitável que envolva ‘auto-mutilação’ deliberada e direta, em que o indivíduo não tem intenção de se matar (Claes & Vandereycken, 2007<sup>a</sup>, cit. in Claes, Muehlenkamp, Vandereycken, Hamelinck, Martens & Claes, 2010).

Williams e Bydalek (2007) referem, ainda, que o comportamento de auto-dano é geralmente escondido pelo indivíduo que o realiza. O auto-dano, para Sadock e Sadock (2003 cit. in Williams & Bydalek, 2007), é um transtorno de impulso-controle não especificado no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quarta edição, texto revisto (American Psychiatric Association, 2000 cit. in Williams & Bydalek, 2007) e é descrito como o repetido ‘picar’ de pele, cortar ou outros danos corporais que sejam feitos de forma compulsiva.

De acordo com outros autores, o auto-dano é um comportamento sem consequências fatais em que o indivíduo efetua, deliberadamente, um ou mais dos seguintes comportamentos: cortar-se a si mesmo, saltar de um edifício com intenção de provocar lesão a si mesmo; ingerir uma substância em excesso, mais do que foi prescrito ou do que é conhecido como dose terapêutica; ingerir uma droga recreativa ou ilícita, com intenção de provocar lesão a si mesmo; ingerir uma substância não comestível ou objeto (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Scoliers et al., 2009; Madge et al., 2008; Hawton, Harriss & Rodham, 2010; Madge et al., 2011).

Nock e Prinstein (2004) mencionam comportamentos de ‘auto-mutilação’ como danos deliberados ao próprio tecido corporal sem intenção suicida e que fazem parte de um conjunto de comportamentos auto-agressivos, que incluem ações que vão desde a fricção na pele até ao suicídio consumado.

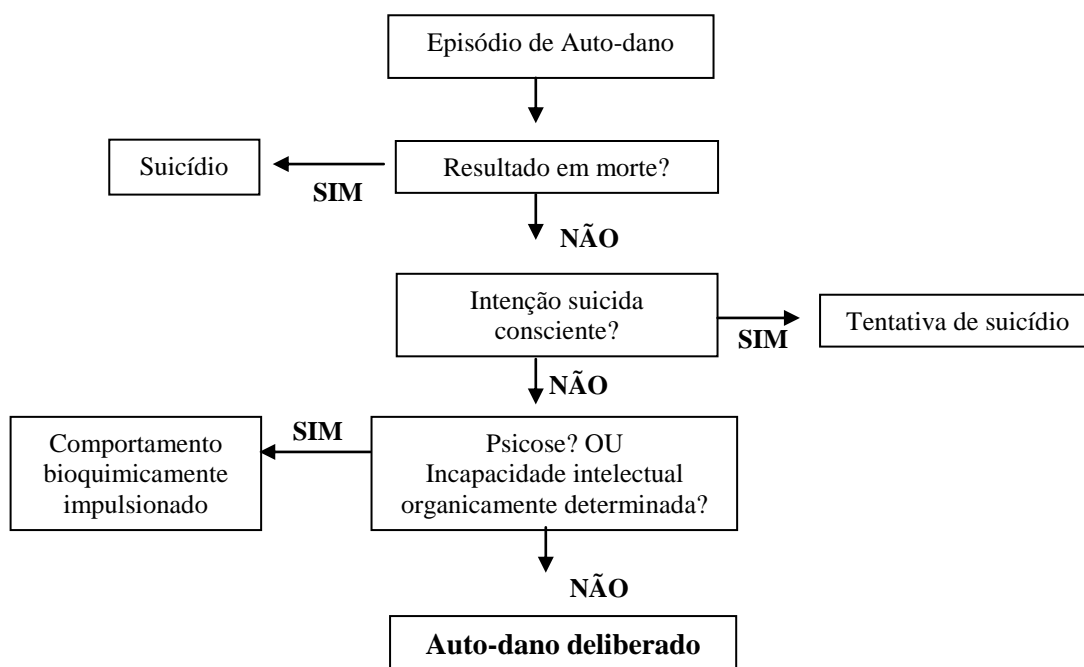
Para Suyemoto (1998), ‘auto-mutilação’ é um comportamento direto, social, inaceitável e repetitivo, que causa ligeira a moderada lesão física. Aquando da ‘auto-mutilação’ o autor refere que o indivíduo está num estado psicológico perturbado, mas não está a tentar suicídio, nem sequer a responder a uma necessidade de auto-estimulação, para além de que a ‘auto-mutilação’ não é uma característica de um comportamento estereotipado de atraso mental ou autismo.

Da definição de auto-dano, Fliege, Lee, Grimm e Klapp (2009) excluem: sintomas diagnósticos de outras doenças (e.g. abuso de substâncias e distúrbios alimentares); hábitos alimentares pouco saudáveis, falta de exercício ou outros comportamentos do dia-a-dia similares; e auto-dano psicológico, como é exemplo o estar deliberadamente numa relação em que se é humilhado.

Por sua vez, Mangnall e Yurkovich (2008), no seu artigo de revisão, utilizam o termo *deliberate self-harm* para definir o indivíduo que não tem intenção de se matar, ou seja, para estes autores, o auto-dano deliberado é um comportamento direto que causa uma ligeira a moderada lesão física, realizada sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada. Nestes casos, o auto-dano não é motivado pelas mesmas dinâmicas de quem se auto-lesiona na presença de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada (Favazza, 1996, cit. in Mangnall & Yurkovich, 2008). O auto-dano, na presença de alguns tipos de

psicopatologia tem sido considerado como comportamento bioquimicamente impulsionado, saindo, assim, dos verdadeiros padrões de auto-dano deliberado (Mangnall & Yurkovich, 2008). A figura 1 ajuda-nos a perceber o que é ou não considerado auto-dano deliberado pelos autores Mangnall e Yurkovich (2008).

**Fig.1** – Algoritmo diferencial de auto-dano deliberado (adaptado de Mangnall e Yurkovich, 2008).



Segundo estes autores (Mangnall & Yurkovich, 2008), um comportamento só é considerado auto-dano deliberado quando se exclui a hipótese de o episódio de auto-lesão ter sido suicídio (quando termina em morte) ou tentativa de suicídio, em que o comportamento é acompanhado de intenção suicida consciente ou, ainda, se se trata de um indivíduo com psicose ou incapacidade intelectual organicamente determinada. Só descartando estas três hipóteses, é que se pode considerar o comportamento de auto-dano deliberado.

Constata-se, ainda, na literatura, a existência de uma definição ambígua acerca do auto-dano deliberado, mesmo passados anos e anos de investigação realizada pela comunidade

científica (Mangnall & Yurkovich, 2008). Muitos nomes têm sido atribuídos ao auto-dano deliberado, entre eles *auto-mutilação* (Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001; Duque & Neves, 2004), *comportamento auto-mutilatório* (Nock & Prinstein, 2004), *auto-dano* (Skegg, 2005; Butler & Longhitano, 2008; Kapur, 2009), *auto-dano deliberado* (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Madge et al., 2008) e, mais recentemente, com o intuito de uma melhor clarificação, *auto-injúria não suicida* (Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock 2007; Andover & Gibb, 2010; Hankin & Abela, 2011). A acrescer a esta ambiguidade e de acordo com alguns autores, os diferentes tipos e designações de auto-dano poderão manifestar-se simultaneamente, ou seja, co-ocorrer (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Moreira, 2008 cit. in Moreira e Gonçalves, 2010).

Percebe-se também que, entre os diversos autores, as definições de auto-dano não são congruentes face à presença de intenção suicida em indivíduos que se auto-lesionam. A maioria das vezes a definição varia de acordo com a amostra estudada, ou seja, se os jovens têm intenção suicida ou não têm intenção suicida (Madge et al., 2008; Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

Para uma melhor e real compreensão do auto-dano, Mangnall e Yurkovich (2008), alertam para a necessidade de uma maior exploração da intenção suicida. O termo *auto-mutilação* abarca, para estes autores, uma mais severa auto-destruição do que a que realmente existe na maioria do auto-dano deliberado, evocando uma ideia de permanência e uma conotação muito negativa associada a esses comportamentos, a qual leva ao estigma associado, muitas vezes, a esses atos (Mangnall & Yurkovich, 2008).

Recentemente, Andover e Gibb (2010), clarificam que, embora a *auto-injúria não suicida* e a tentativa de suicídio envolvam, ambas, uma intenção de fazer dano a si próprio, a *auto-injúria não suicida* não inclui a intenção de morrer, o que não acontece na tentativa de suicídio. Estes autores alertam, assim, para o facto de que ao falar-se em *auto-mutilação* se poder estar a englobar tanto o auto-dano sem intenção de morrer como a tentativa de suicídio, ocultando as diferenças existentes entre eles.

Andover e Gibb (2010) distanciam, deste modo, a tentativa de suicídio, considerada um comportamento auto-destrutivo que é acompanhado de intenção suicida, do auto-dano,

que não acarreta intenção suicida. Isto vem contrapor a ideia de alguns outros autores, que sugerem que na tentativa de suicídio a pessoa não deseja acabar com a sua própria vida e que adotam o conceito de auto-dano independentemente da intenção suicida, podendo, assim, haver confusão na distinção do auto-dano e tentativa de suicídio (Sinclair, Crane, Hawton & Williams, 2007).

A distinção entre estes dois comportamentos auto-destrutivos torna-se fundamental na medida em que o auto-dano (que não é suicida) e a tentativa de suicídio podem co-ocorrer (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009; Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Jacobson & Gould, 2007 cit. in Claes et al., 2010), podendo assim observar-se a existência destes dois comportamentos sobrepostos, por exemplo, quando realizados como uma fuga a sentimentos angustiantes (Nock & Prinstein, 2005 cit. in Andover & Gibb, 2010; Brown, Comtois & Linehan, 2002; Boergers, Spirito & Donaldson, 1998).

Do exposto pode-se concluir que não há consenso ainda a respeito de como classificar os diferentes níveis de frequência, gravidade, ou formas específicas de auto-dano (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

### **1.1.1. Auto-dano e sua relação com o suicídio**

O suicídio e os ferimentos auto-perpetrados são as maiores causas de mortes relacionadas com lesões (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003).

Se não for devidamente tratado, o auto-dano pode anteceder o suicídio (Hawton, Houston & Shepperd, 1999 cit. in Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002), sendo o fator de risco com maior associação ao suicídio propriamente dito (NHS, 1998). Numa investigação com 6020 alunos entre os 15 e os 16 anos, de escolas de Inglaterra, 398 (6,9%) participantes relataram um ato de auto-dano no ano anterior à recolha de dados do estudo, sendo que destes, apenas 12,6% recorreram ao hospital (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002). No ano seguinte ao episódio de auto-dano, a probabilidade do suicídio acontecer é cem vezes maior do que na população em geral (Greer & Bagley, 1971 cit. in NHS, 1998).

Uma pessoa poderá repetir o comportamento de auto-dano inúmeras vezes (NHS, 1998; Bergen, Hawton, Waters, Cooper & Kapur, 2010). De acordo com Bennewith, Stocks,

Gunnell, Peters, Evans e Sharp (2002), 15 a 23% dos indivíduos repetirão o auto-dano dentro de um ano após o primeiro episódio de auto-dano e 3 a 5% acabarão por cometer suicídio consumado dentro de 5 a 10 anos.

Na literatura, é sugerido que haverá um *continuum* do auto-dano (não suicida) para a tentativa de suicídio. A teoria de Joiner (2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006) acerca dos comportamentos auto-destrutivos tentou explicar o porquê de pessoas com auto-dano (não suicida) estarem em alto risco de tentar o suicídio. Este autor refere que, inicialmente, a pessoa não sente capacidade de se envolver em tentativas de suicídio, vendo o suicídio como algo aterrador e extremo. Mas, à medida que o indivíduo tem comportamentos repetidos de auto-dano (não suicida), que funcionam como um reforço crescente, sente-se mais capaz de tal comportamento. Joiner (2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006) sugere assim, que a pessoa, devido à repetição do auto-dano (não suicida), se habitua à dor e ao medo, sentindo-se cada vez mais capaz de tais comportamentos auto-lesivos.

Esta teoria veio permitir uma melhor compreensão do porquê de algumas pessoas que se envolvem no auto-dano avançarem para a intenção de morrer e outras não (Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

Alguns autores colocam a hipótese de os adolescentes com história de auto-dano (não suicida) mais longa e com o uso de métodos variados sentirem menor dor física aquando do auto-dano e, devido a este facto, se envolverem mais facilmente em comportamentos auto-lesivos. Segundo estes autores, os adolescentes com estas características estariam em maior risco de tentativa de suicídio do que pessoas que não praticam o auto-dano (não suicida) (Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

Um estudo recente de Andover e Gibb (2010) investigou a possível relação entre auto-dano (não suicida) e tentativa de suicídio, incluindo as relações entre a história de auto-dano (não suicida), a intenção letal e o planeamento de tentativas de suicídio. Nos pacientes que relataram maior frequência de auto-dano (não suicida), o número de tentativas de suicídio foi mais alto. Contudo, baseou-se numa amostra constituída por pacientes adultos e não adolescentes. A história de auto-dano (não suicida) e a sua duração foram associadas tanto à presença como ao número de tentativas de suicídio.

A história e a frequência de auto-dano (não suicida) predizem a tentativa e a ideação suicida mais fortemente que a depressão, desesperança e características de personalidade borderline quando comparadas (Andover & Gibb, 2010).

Ainda no estudo de Andover e Gibb (2010), numa amostra que não diferia quanto aos sintomas de depressão, desesperança e características de personalidade borderline, os indivíduos com história de auto-dano (não suicida) apresentaram maiores níveis de intenção fatal na sua tentativa de suicídio, do que aqueles sem história de auto-dano (não suicida). Estes resultados são consistentes com a teoria de Joiner (2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006) segundo a qual a história e a frequência de auto-dano (não suicida) estavam associadas a níveis mais altos de intenção fatal e de planeamento da tentativa suicida (Andover & Gibb, 2010).

Apesar destas descobertas sugerirem que o risco de tentativa de suicídio aumenta aquando do auto-dano (não suicida) frequente, mais estudos são necessários para melhor compreensão da diferença e relação entre estes dois comportamentos (Claes et al., 2010). Nesta linha, também a teoria de Joiner (2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006), defende que o auto-dano (não suicida) pode desenvolver habituação à dor emocional e física essenciais para morrer por suicídio (Andover & Gibb, 2010).

Similarmente, pode acontecer que o suicídio seja o resultado não intencional do auto-dano (Mangnall & Yurkovich, 2008). De acordo com Mangnall e Yurkovich, (2008), o auto-dano deliberado não é inerentemente suicida na sua natureza, ou seja, não tem um desfecho fatal, se o tivesse a sua denominação seria suicídio. Contudo, continua a haver associação entre estes dois atos tão diferentes. Por isso, convém clarificar. O auto-dano deliberado e o suicídio são dois atos diferentes (Suyemoto, 1998). É fundamental desenvolver esforços no sentido de avaliar a intenção suicida dos atos, de forma a diferenciar os comportamentos de auto-dano dos comportamentos suicidas (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

### **1.1.2. Razões que podem levar ao auto-dano na adolescência**

A literatura aponta alguns fatores de risco para o comportamento de auto-dano, nomeadamente, ser adolescente, do sexo feminino e ter história de abuso sexual, físico ou

---

emocional (Alan, 2006 cit. in Williams & Bydalek, 2007). Também a existência de comportamentos emocionais como o mau humor, baixa auto-estima, pobre controle de impulsos, tristeza, raiva, ansiedade, decepção em si mesmo e uma incapacidade de identificar aspetos mais positivos da vida, podem ser fatores de risco para o comportamento de auto-dano na adolescência (Derouin & Bravender, 2004).

Os fatores precipitantes ou predisponentes do auto-dano deliberado, embora complexos, podem ser uma acumulação de tensão e ansiedade, hostilidade, impulsividade, sentimentos de despersonalização e história de trauma na infância (Mangnall & Yurkovich, 2008), os pacientes que se envolvem em comportamentos de auto-dano descrevem um sentimento de despersonalização antes do ato e um alívio de ansiedade e tensão ou dor interna após a ação (Williams & Bydalek, 2007). Segundo Suyemoto (1998), indivíduos com comportamentos de auto-dano relatam sentirem-se extremamente tensos, ansiosos e com medo antes de realizarem o ato de auto-dano, no entanto há indivíduos que experimentam dissociação, não reagindo à emoção avassaladora sentida aquando da prática do auto-dano. A maioria destes indivíduos diz ter ausência de dor durante o auto-dano, desaparecendo a raiva, tensão ou dissociação após o comportamento de auto-dano (Suyemoto, 1998). O auto-dano pode, assim, ser utilizado para aliviar um sentimento de dor emocional, tensão ou ansiedade (Williams & Bydalek, 2007).

Favazza (1998 cit. in Mangnall & Yurkovich, 2008), encara o auto-dano como um comportamento de auto-ajuda. Já Suyemoto (1998), descreve o auto-dano deliberado como ‘anti-suicídio’ tendo desenvolvido um modelo em que o auto-dano deliberado é visto como um mecanismo de *coping*<sup>1</sup> que permite ao indivíduo evitar o suicídio, canalizando os impulsos destrutivos para o auto-dano em vez da auto-destruição. Esta ideia vem contra a teoria de Joiner (2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein., 2006), que refere que a frequência do auto-dano pode levar ao suicídio.

Castro (2002 cit. in Duque & Neves, 2004), refere-se à “auto-mutilação impulsiva”, como um ato em que o sujeito perante “uma situação de tensão, conflito ou frustração” ou após um aglomerar de angústia e agitação, exterioriza uma descarga motora, através de

---

<sup>1</sup> Entende-se por *coping*, as diferentes formas de enfrentar, de adaptação, do indivíduo a circunstâncias adversas (Antoniazzi, 1999).

comportamentos de auto-dano, fazendo, assim, um uso impróprio dos impulsos agressivos (p.217). O mesmo autor refere que o indivíduo tem vontade de se auto-castigar, mesmo que inconscientemente.

Percebe-se, então, que os indivíduos que se envolvem em comportamentos de auto-dano, o fazem com um objetivo, uma funcionalidade, ou seja, o indivíduo espera um dado resultado do seu auto-dano (Nock & Prinstein, 2004). Dos comportamentos de auto-dano pode resultar uma libertação imediata, existindo evidências biológicas que apontam para a possibilidade de os indivíduos que cometem auto-dano experienciarem uma redução do stress fisiológico depois de um episódio (Crowe & Bunclark, 2000). Os indivíduos que se envolvem em comportamentos de auto-dano experienciam mais frequentemente e mais negativamente emoções nas suas vidas diárias do que pessoas que não se envolvem em auto-dano. Esta experiência de emoção negativa pode ser a principal razão para o auto-dano, servindo este para aliviar a aflição emocional (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009). É muitas vezes referido que quem tem comportamentos de auto-dano sente que ninguém está disponível para dar apoio emocional, compreensão ou afeto. De acordo com Potter (2003), o corpo é utilizado como meio para comunicar algo que é difícil de articular nos modos convencionais. Outros autores (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Moreira & Gonçalves, 2010; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996) referem haver indivíduos que têm comportamentos de auto-dano com o objetivo de obter um ganho, tendo assim tal comportamento um carácter manipulativo, enquanto outros se auto-danam com a intenção de por um fim a uma dor psíquica insuportável. Também outros estudos (Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Nock & Prinstein, 2004) sugerem que a maioria das pessoas que se envolvem em comportamentos de auto-dano, o fazem como forma de regulação emocional ou comunicação social, contudo, Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007) questionam-se acerca do porquê de alguns indivíduos escolherem o auto-dano para esse fim, enquanto outros indivíduos escolhem comportamentos similares, como é exemplo o álcool, as drogas, para o mesmo fim.

No estudo *CASE - Child & Adolescent Self-harm in Europe* (Madge et al., 2008; Scoliers et al., 2009), os resultados mostraram que a razão mais relatada pelos jovens que praticavam auto-dano era ‘eu queria libertar-me de um sofrimento psicológico’ (70.9%), seguida de ‘eu queria morrer’ (59%) e ‘eu queria castigar-me’ (43.6%). As razões menos

relatadas foram: ‘eu queria assustar alguém’, ‘Eu queria vingar-me de alguém’ e ‘eu queria ter atenção’. Os autores descobriram duas dimensões subjacentes às razões para o auto-dano, que podem co-existir. Na primeira dimensão caberiam os motivos de dor (‘para morrer’, ‘para me castigar’ e ‘para me libertar de um sofrimento psicológico’), e na segunda os motivos de ajuda (‘para mostrar o quão desesperado eu me sentia’, ‘para assustar alguém’, ‘Eu queria vingar-me de alguém’, ‘para descobrir se alguém me ama verdadeiramente’ e ‘para ter atenção’). No mesmo estudo, 67,5% dos adolescentes com auto-dano apresentaram pelo menos um motivo de ajuda, referente à segunda dimensão, para a sua auto-lesão. As raparigas relataram mais razões para o auto-dano do que os rapazes (Madge et al., 2008; Scoliers et al., 2009).

Nock e Prinstein (2004), numa abordagem funcional, classificam e tratam os comportamentos de auto-dano de acordo com o processo funcional que os produz e os mantém. Estes autores propuseram e avaliaram um modelo de quatro funções do auto-dano que, segundo eles, se podem dividir em funções de reforço automático e de reforço social. Das primeiras fazem parte as funções de reforço automático negativo, que se referem ao uso do auto-dano pelo indivíduo como forma de alcançar uma redução de tensão ou outros estados afetivos negativos (e.g. parar de ter sentimentos maus) – esta é a função mais comumente evocada; e as funções de reforço automático positivo, em que os indivíduos se envolvem em comportamentos de auto-dano para criar um estado fisiológico desejável (e.g. para sentir alguma coisa mesmo que seja dor).

O auto-dano pode, assim, ter como finalidade a remoção de sentimentos, mas também pode ser utilizado como um meio para gerar sentimentos (Brown, Comtois, & Linehan 2002). Já em relação às funções de reforço social, estas podem ser utilizadas como forma de modificar ou regular o ambiente social através do comportamento de auto-dano. Na função de reforço social negativo o indivíduo usa o auto-dano para escapar a demandas interpessoais (e.g. evitar a punição dos outros ou evitar fazer algo desagradável). Na função de reforço social positivo o indivíduo tem como objetivo ganhar a atenção dos outros ou ganhar alguma coisa (e.g. obter a reação de alguém mesmo que seja negativa) (Nock & Prinstein, 2004).

No seu estudo Nock e Prinstein (2004) perceberam que as funções referidas pelos jovens com mais frequência foram as funções de reforço automático, tendo a maioria dos jovens

o objetivo de regulação (redução e/ou aumento) de experiências emocionais ou fisiológicas. De acordo com Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson & Boergers (2001) o facto de, nos adolescentes, as funções de reforço automático serem mais frequentes se deve a estes serem socialmente mais isolados e, por isso, não terem muita oportunidade para a influência e o reforço social.

Outros dos atributos do auto-dano deliberado é o facto de este poder ser aditivo, ou seja, viciante, repetitivo e contagioso (Mangnall & Yurkovich, 2008).

Alguns autores encontraram maior relação entre rapazes que se auto-cortam e maior frequência de uso de drogas psicoativas, ao contrário daqueles que não se cortam propositadamente (Matsumoto et al., 2005 cit. in Mangnall & Yurkovich, 2008).

O auto-dano deliberado apareceu, durante algum tempo, como critério e sintoma da perturbação de personalidade borderline no DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), sendo denominado como ‘repetida auto-lesão’ (American Psychiatric Association, 2000 cit. in Castille, Prout, Marczyk, Shmidheiser, Yoder & Howlett, 2007), no entanto, atualmente, aparece na literatura associado a outros diagnósticos do DSM-IV-TR como, por exemplo, aos transtornos dissociativos, que por sua vez estão relacionados com o abuso na infância, perturbações do humor, perturbações da ansiedade, perturbações de stress pós-traumático e perturbações do comportamento alimentar (Castille, Prout, Marczyk, Shmidheiser, Yoder & Howlett, 2007).

Pouco se sabe ainda acerca das causas e tratamento do auto-dano deliberado, e menos ainda se sabe acerca desse comportamento perturbador do ponto de vista daqueles que estão envolvidos no mesmo (Mangnall & Yurkovich, 2008).

Os estudos sobre o auto-dano existentes na literatura são ainda limitados, sendo a maioria deles realizada com amostras clínicas, ou seja, com pessoas com história de auto-dano ou tentativa de suicídio que necessitam ou recorreram aos cuidados de saúde, neste enquadramento, os estudos realizados com amostras não-clínicas, da população em geral, são mais escassos. Se considerarmos que muitas das pessoas que se auto-lesionam não recorrem a serviços de saúde, esta limitação mostra-se extremamente redutora no estudo dos comportamentos de auto-dano, fragilizando muitos dos resultados obtidos. A maior parte dos comportamentos de auto-dano ocorrem em adolescentes na comunidade e não

resulta em apresentação hospitalar (Hawton & Rodham, 2006 cit. in Hawton, Rodham, Evans & Harriss, 2009).

Outra das limitações dos estudos existentes, e que dificultam a generalização dos resultados, diz respeito ao facto de muitas pesquisas apenas abordarem o auto-envenenamento, não incluindo assim outras formas de auto-dano. Esta redução no tipo de comportamento de auto-dano estudado prende-se com o facto de a maioria dos adolescentes que dão entrada no hospital com auto-dano utilizarem o auto-envenenamento, enquanto a maioria dos jovens que se envolvem em auto-dano através do corte não procura os serviços de saúde (Ystgaard et al., 2009; Scoliers et al., 2009).

A definição de auto-dano adotada no nosso estudo está de acordo com Mangnall e Yurkovich (2008), auto-dano é um comportamento direto que causa uma ligeira a moderada lesão física, realizada sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada.

### **1.1.3. Fatores associados ao comportamento de auto-dano**

Um fator de risco é uma variável mensurável que deve preceder o resultado e estar associada com um maior risco de desenvolver o resultado (Kraemer et al., 1997 cit. in Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

A literatura sugere que os problemas mentais, a impulsividade, a auto-estima, o stress (Madge et al., 2011) e um menor nível de educação nos adolescentes, são fatores que contribuem para o comportamento auto-lesivo (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009). Hawton, Rodham, Evans e Weatherall, no seu estudo de 2002, encontraram fatores associados ao comportamento de auto-dano nas mulheres: “amigos com auto-dano recente, auto-dano por familiares, uso indevido de drogas, depressão, ansiedade, impulsividade e baixa auto-estima”; e nos homens: “amigos e familiares com comportamento suicida, uso de drogas e baixa auto-estima”.

Simeon e colaboradores (1992 cit. in Janis & Nock, 2009) correlacionam a impulsividade e o comportamento de auto-dano, estando o auto-relato de impulsividade correlacionado com a gravidade e frequência do auto-dano. Janis e Nock (2009) investigaram o papel da impulsividade no auto-dano, e perceberam que os indivíduos que têm comportamentos de auto-dano relataram ser mais impulsivos do que os indivíduos que não se envolvem

nesses comportamentos, no entanto, estes mesmos indivíduos não mostram diferenças nas dimensões da impulsividade que são mais comumente usadas para avaliar a impulsividade (comportamento desinibitório ou risco de tomada de decisão), para além de nem todas as pessoas que se envolvem no auto-dano o fazem de forma impulsiva, algumas dizem despende algum tempo a pensar antes de se envolver no comportamento de auto-dano.

A impulsividade, a raiva e o transtorno de personalidade borderline aparecem na literatura como fatores importantes relacionados com o auto-dano, sendo consensual a necessidade de prestar atenção a este aspeto em investigações futuras (Claes et al., 2010). Claes e colaboradores (2010), num estudo com pacientes com e sem comportamento de auto-dano (não suicida) e tentativa de suicídio, concluem que os indivíduos sem auto-dano e sem tentativa de suicídio apresentam menor psicopatologia, menores traços de personalidade patológica e estratégias de *coping* mais adequadas, ao contrário dos indivíduos com auto-dano e com tentativa de suicídio que apresentaram maior nível de psicopatologia e mais reações depressivas. Pacientes com auto-dano (não suicida) mostraram menos consciência, mais comportamento de evitamento e mais raiva internalizada que os outros pacientes. De acordo com os mesmos autores, as pessoas que se envolvem em auto-dano e que não são suicidas tendem a ser mais ativas, embora esquivas, no *coping*, tal como também tendem a ter sintomas menos severos de depressão, desesperança e neuroticismo quando comparadas com pessoas suicidas.

O modo como se lida com a doença e com os acontecimentos da vida (tal como conflitos, perdas interpessoais ou problemas profissionais) varia de pessoa para pessoa, estando correlacionado com o comportamento auto-lesivo. Desta forma, a capacidade de *coping* adaptativo do indivíduo parece ser de grande importância (Sher et al., 2001 cit. in Moreira & Gonçalves, 2010).

Também Andover e Gibb (2010), referem que pessoas com auto-dano e tentativa de suicídio apresentam um quadro clínico mais severo do que as pessoas que apresentam apenas tentativa de suicídio. Muitos dos sujeitos com comportamentos de auto-dano que dão entrada no hospital, apresentam diagnóstico psiquiátrico (Morgan et al., 1975 cit. in NHS, 1998), sendo o mais usual um tipo de transtorno depressivo (Newson-Smith & Hirsch, 1979 cit. in NHS, 1998). A existência de sintomas depressivos é, portanto, um

sinal de alerta para esses mesmos comportamentos (Werlang, Borges e Fensterseifer, 2005; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

A dependência alcoólica e as doenças mentais como a esquizofrenia e o transtorno bipolar, são também muitas vezes diagnosticadas nesses pacientes (NHS, 1998). No entanto, Fliege, Lee, Grimm e Klapp (2009) não incluem, na sua revisão de fatores de risco para o auto-dano, o abuso de substâncias e os distúrbios alimentares, pois podem indicar que co-ocorrem com o auto-dano outras desordens.

A perturbação psiquiátrica é, assim, um fator de risco normalmente presente em sujeitos com comportamentos auto-lesivos (Goss, Peterson, Smith, Kalb, & Brodey, 2002; NHS, 1998; Andover & Gibb, 2010; Madge et al., 2011), na forma de ansiedade, depressão e agressividade (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

Madge e colaboradores (2011) pesquisaram numa amostra de 30.477 adolescentes do estudo *CASE – Child & Adolescent Self-harm in Europe*, com idade entre os 14 e os 17 anos, pertencentes a sete países diferentes (Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda, Noruega e Austrália), a relação entre características psicológicas, eventos de vida e história de auto-dano. A pesquisa evidencia uma relação de maior gravidade entre a história de auto-dano e os níveis altos de depressão, ansiedade, impulsividade e níveis baixos de auto-estima, como também eventos de vida stressantes em diferentes áreas da vida do adolescente. No que diz respeito às características psicológicas e eventos de vida stressantes foram encontradas semelhanças entre os jovens com apenas pensamentos de auto-dano e os jovens com um só episódio de auto-dano. Os únicos fatores que, independentemente, diferenciaram estes jovens foram a impulsividade, experiência de suicídio ou auto-dano de outros, abuso físico ou sexual e problemas com a sua orientação sexual. Os autores (Madge et al., 2011) encontraram uma forte associação entre características psicológicas e auto-dano, e entre eventos de vida stressantes e auto-dano, não havendo no entanto um único padrão entre os adolescentes que têm comportamentos de auto-dano.

O abuso sexual, a negligência emocional e o abuso físico ou psicológico na infância estão fortemente associados com o auto-dano na adolescência, ou seja, a presença de maus tratos na infância relaciona-se com o envolvimento futuro em comportamentos de auto-dano durante a adolescência (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009). No entanto, é

necessário ter em atenção que nem todos os tipos de maltrato a crianças estão associados ao auto-dano, Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007) perceberam, na sua investigação com adolescentes, que o abuso físico e a negligência emocional não estão significativamente associados ao auto-dano.

Os mesmos autores (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007), no estudo com adolescentes entre os 12 e os 19 anos, apontaram que a associação entre abuso emocional na infância e futuro comportamento de auto-dano na adolescência é parcialmente explicada pela presença de um estilo cognitivo auto-crítico. O auto-criticismo apresenta, assim, o papel de mediador entre o abuso emocional na infância e o auto-dano na adolescência. Crianças abusadas emocionalmente ou verbalmente, ou excessivamente criticadas, têm a tendência de internalizar pensamentos críticos sobre si mesmas, adotar um excessivo auto-criticismo e utilizar mais tarde o auto-dano como uma maneira direta de “auto-abuso”. Essas crianças, adotam uma visão crítica de si mesmas, modelada ao longo do tempo pelo comportamento dos que as criticaram e as abusaram, levando-as, enquanto jovens, a desenvolver um estilo cognitivo auto-crítico, que se manifesta na adoção de comportamentos de auto-dano, como auto-punição. Mesmo quando a depressão foi controlada, o auto-criticismo continuou a ser preditivo de auto-dano (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

Acredita-se que crianças que tenham sido ameaçadas e negligenciadas se tornam mais sensíveis a ameaças, mais centradas em questões de poder social e mais propensas a internalizar um estilo crítico (Thompson & Zuroff, 1999 cit. in Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006; Gilbert & Irons, 2005 cit. in Irons et al., 2006; Gilbert, Cheung, Wright, Campey & Irons, 2003).

Contudo, Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007) referem não ser o auto-criticismo por si só que leva o indivíduo a ter comportamentos de auto-dano, mas sim a perceção mais geral do criticismo dos outros que pode explicar, mediar, essa relação.

Por outro lado, o auto-criticismo está fortemente correlacionado à propensão à vergonha (Gilbert & Miles, 2000), e algumas formas de propensão à vergonha estão corelacionadas, por sua vez, ao abuso precoce e sustentam formas de auto-criticismo (Andrews, 1998 cit. in Gilbert & Procter, 2006).

A vergonha afeta a capacidade da pessoa expressar sintomas, revelar informação dolorosa, levando a pessoa a várias formas de evitamento e a ter problemas em procurar ajuda. O medo da vergonha pode mesmo levar a pessoa a arriscar a sua própria vida e sofrer ferimentos graves (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2003). De acordo com Gilbert (1998) a vergonha é uma resposta automática perante a consciência que se perdeu *status* e se é desvalorizado. Essa consciência pode ser uma fonte de terror e de desespero na relação com os outros. As pessoas auto-críticas, muitas vezes, subordinam-se às suas próprias auto-críticas, expressando vergonha e sentindo-se incapazes de controlar os seus próprios ataques para consigo (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). Se os outros o colocam em baixo, o indivíduo pode ter um comportamento submisso, não permitindo que a sua própria avaliação seja positiva, o que poderia despoletar conflitos com os outros (Gilbert, 2003). Estes dados estão de acordo com o defendido por Heimpel e colaboradores (2002 cit. in Gilbert & Procter, 2006), que referem que as pessoas com baixa auto-estima experimentam uma maior luta com o auto-criticismo do que os indivíduos com elevada auto-estima.

De acordo com alguns autores (Gilbert, Durrant & McEwan, 2006b), as pessoas auto-críticas dedicam-se a atingir metas, fazendo duros julgamentos de si próprias, acarretam sentimentos de inutilidade, fracasso e culpa, e não conseguem retirar prazer das conquistas que realizam.

Em comparação com as pessoas auto-confiantes, as pessoas auto-críticas, que se auto-desvalorizam, estão em maior risco de psicopatologia (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006a). Numa amostra de 197 estudantes da universidade de Derby e da universidade do Canadá, Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer (2006a) descobriram que o traço de auto-criticismo estava correlacionado com a depressão, sentimentos de inferioridade perante os outros (comparação social negativa) e baixo traço de auto-confiança. O traço de confiança foi por sua vez correlacionado com baixa depressão e comparações sociais mais benéficas.

A literatura mostra-nos uma forte associação do auto-criticismo à depressão (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2006a; Zuroff et al., 1999 cit. in Gilbert et al., 2004; Mongrain et al., 1998 cit. in Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004), a sentimentos de subordinação e inferioridade (Mongrain et al., 1998 cit. in Gilbert, Clarke, Hempel,

Miles & Irons, 2004) e a baixa capacidade de auto-confiança (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2006a).

Também, para diferentes formas de auto-criticismo/ataque existem funções diferentes, ou seja, para vários tipos de sentimentos ou pensamentos de auto-ataque existem resultados diferentes esperados por quem os tem. Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons (2004) separam, assim, os sentimentos inadequados dos sentimentos de ódio para consigo próprio. O nível de sentimentos de ódio da pessoa para consigo é, em algumas formas de desordens da personalidade - como é exemplo a personalidade borderline -, uma razão para o auto-ataque físico (auto-dano) (Strong, 1998 cit. in Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004).

As pessoas que são auto-críticas respondem tipicamente às situações difíceis com auto-criticismo. Essas críticas podem ser tão poderosas, envolver tanta raiva e serem difíceis de afastar, que se torna difícil produzir sentimentos de suporte interno de tranquilidade e conforto. Tendo essas pessoas dificuldade em criar imagens calorosas, de suporte para consigo próprias, vão sentir-se incapazes e impotentes, aumentando os níveis de auto-criticismo (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006a).

No entanto, uma resposta alternativa ao auto-ataque poderá ser a auto-compaixão, ou auto-ajuda. Desenvolver as capacidades de auto-compaixão e tolerar os sentimentos negativos, pode ajudar pessoas a responder ao próprio ódio e desgosto que sentem por si mesmas e a defenderem-se das suas próprias auto-críticas (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). Ensinar as pessoas a desenvolver um sentimento de auto-afeto poderia desenvolver vias auto-calmantes e calorosas no cérebro (Gilbert & Irons, 2005 cit. in Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006; Gilbert & Procter, 2006), o que poderá, terapeuticamente, deitar abaixo o auto-criticismo (Gilbert 2000 cit. in Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006) e, por sua vez, o comportamento de auto-dano. Contudo, a evidência sobre os fatores de proteção do comportamento de auto-dano é incompleta (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

De acordo com Platt e Kreitman (1990 cit. in NHS, 1998), existem também outro tipo de problemas precipitantes do auto-dano, nomeadamente, dificuldades habitacionais, desemprego, dívidas, saúde deficitária, conflitos ou roturas relacionais. A falta de capacidade em encontrar soluções para os seus problemas poderá levar o indivíduo à

auto-destruição (Werlang, 2000 cit. in Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), no entanto, há evidências de que, mesmo após a resolução dos problemas, pode ocorrer a repetição de auto-dano (Sakinofsky, Roberts & Brown, 1990 cit. in NHS, 1998).

Para o desenvolvimento de pessoas com condutas auto-destrutivas, a literatura refere como fatores preocupantes, a desorganização e os conflitos familiares (Shaffer & Pfeffer, 2001 cit. in Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Sáez Santiago e Rosselló (2001 cit. in Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), referem, no seu estudo, que os jovens com problemas familiares tendem a comportamentos mais auto-destrutivos em vez de condutas mais agressivas e delituosas.

Contudo, é necessário ter em consideração que um único fator nunca pode ser “responsável pela predisposição para o comportamento auto-destrutivo” (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005, p.264), sendo a relação entre um fator e um comportamento probabilística e não determinística (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

## **1.2. O comportamento suicida**

O comportamento suicida constitui-se como uma tragédia pessoal e familiar, uma vez que não causa sofrimento apenas à pessoa em causa, afetando, em média, cerca de seis pessoas próximas à mesma (WHO, 2002).

De acordo com a *World Health Organization* (2002), em termos globais e até 2020, a tendência da taxa de suicídio é aumentar. No ano 2000, a taxa mundial de suicídio era de 16 mortes para 1000.000 habitantes, ou seja, um suicídio em cada 40 segundos (WHO, 2002). Considerando todos os países, o suicídio está entre as 10 principais causas de morte (WHO, 2002).

Se considerarmos a faixa etária entre os 15 e os 34 anos, estes dados são ainda mais preocupantes, uma vez que o suicídio se apresenta entre as três principais causas de morte, sendo que, em algumas ilhas isoladas (e.g.: Cuba, Sri Lanka, Fiji, Mauritius, Samoa e Seicheles), a taxa de suicídio é surpreendentemente alta quando comparada com a média regional (WHO, 2002). As taxas de suicídio variam de acordo com a região, o sexo, a idade e origem étnica. Na Europa há mais suicídios nos países a norte que nos países a sul (Hawton & Van Heeringen, 2009). Em países como Portugal, França,

Finlândia e Suécia, as taxas combinadas de suicídio e mortes indeterminadas são mais altas do que as do suicídio (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003).

Em termos mundiais, os homens cometem três vezes mais suicídio e utilizam métodos mais letais (i.e. enforcamento ou disparo) do que as mulheres (i.e. envenenamento), em contraste, a tentativa de suicídio é realizada mais por mulheres do que por homens (WHO, 2002; Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010).

Nos E.U.A. têm existido aproximadamente 30.000 suicídios por ano nas últimas duas décadas (Centers for Disease Control and Prevention (C), 2009 cit. in Baca-Garcia, Perez-Rodriguez, Oquendo, Keyes, Hasin, Grant & Blanco, 2011). Contudo, as estatísticas acerca do suicídio têm lacunas e são subestimadas (Borges & Werlang, 2006), uma vez que, em muitos países, os casos de um possível suicídio são mal declarados, sendo o suicídio muitas vezes classificado como morte indeterminada ou morte por acidente ou doença. Devido a este facto, o comportamento suicida é, ainda, muitas vezes, negado ou camuflado com a justificativa de ser accidental (Hawton & Van Heeringen, 2009; Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003; Alvin, 2000).

O suicídio é um grave problema de saúde pública (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson & Petridou, 2003), e refere-se a todas as mortes auto-infligidas, de forma voluntária. Assim, o suicídio é visto como um ato em que o indivíduo coloca a sua vida em perigo e resulta em morte (WHO, 2002). De acordo com Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010) e Galbán, Rodríguez, Cruz, Arencibia & Álvarez (2002), o ato de suicídio tem uma explicação complexa e multifatorial, pois resulta da conjugação de diversos fatores (biológicos, psicológicos e sociais).

Passaremos a falar de ideação suicida, uma vez que esta é diferente do suicídio. A ideação suicida é o início de um *continuum* que passa pelo planeamento e preparação do suicídio, ameaça e tentativa do mesmo, podendo chegar ao seu ponto final que é o suicídio (Kachur et al., 1995 cit. in Barrios, Everett, Simon & Brener, 2000).

A ideação suicida, ideia suicida ou pensamentos recorrentes acerca de pôr fim à própria vida (Van Heeringen, 2001 cit. in Park, Ryu, Han, Kwon, Kim, Kang, Yoon, Cheon & Shin, 2010; Borges & Werlang, 2006), pode variar quanto à sua gravidade, podendo ir desde pensamentos de morte e ideação passiva até ideação suicida específica com intenção ou plano, podendo indicar risco futuro de tentativa de suicídio (Grunbaum et al.,

---

2004 cit. in Bridge, Glodstein & Brent, 2006; Vrshek-Schallhorn, Czarlinski, Mineka, Zinbarg & Craske, 2011).

A literatura não se mostra congruente quanto ao papel do género na ideação suicida. Alguns autores referem que o sexo feminino apresenta maior taxa de ideação suicida (Kessler et al., 1999 cit. in Park et al., 2010; Kim et al., 2006 cit. in Park et al., 2010; Man, 1999 cit. in Borges & Werlang, 2006), enquanto outros referem que esta é maior no sexo masculino (Juon et al., 1994 cit. in Park et al., 2010).

Há medida que a idade do indivíduo avança, sobretudo depois da puberdade, a ideação suicida aumenta quanto à sua frequência e intensidade (Carlson & Cantwell, 1982 cit. in Borges & Werlang, 2006). Pesquisas sugerem que quanto mais grave a ideação suicida, ou seja, quanto maior a intenção e o planeamento, e quanto maior a sua frequência e duração, maior probabilidade de uma tentativa de suicídio (Lewinsohn et al., 1996 cit. in Bridge, Glodstein & Brent, 2006).

A tentativa de suicídio, por sua vez, é um importante fator de risco de suicídio. Muitos suicídios acontecem na primeira tentativa de suicídio, no entanto, a presença de tentativa de suicídio anterior é insuficiente para prever o suicídio, sendo necessário considerar a presença de outros fatores de risco (Mann, 2002). A tentativa de suicídio é um ato em que a pessoa coloca em perigo a sua vida, de forma voluntária, mas que não resulta em morte (WHO, 2002), sendo que nos meses seguintes, o risco de a repetir é de 40% (Alvin, 2000).

A literatura mostra a intenção suicida como uma questão controversa: será que o indivíduo que tenta o suicídio ou se suicida efetivamente tem intenção de pôr termo à sua vida?

De acordo com Marcelli e Braconnier (2005), no comportamento suicida o indivíduo não está consciente do seu desejo de se matar, enquanto que no suicídio ele tem um desejo consciente e deliberado de pôr fim à sua vida. Também a *World Health Organization* (2002) defende que, na maioria dos casos, e apesar da pessoa saber e esperar um desfecho letal, ela não quer realmente morrer, mas sim parar de viver e de estar consciente, pois não vê outra saída para a sua dor e os seus problemas. Assim sendo, a intenção de cometer suicídio aquando da tentativa de suicídio mostra-se ambígua (WHO, 2002).

Mann (2002) diz-nos que a intenção suicida pode ser medida através do nível de preparação da tentativa de suicídio, ou seja, do quanto o indivíduo deseja morrer em relação ao seu desejo de viver e das hipóteses de alguém vir em seu auxílio.

Poder-se-á, então, dizer, que o suicídio, sendo a única alternativa que resta à pessoa que deseja fugir dos seus problemas, e sentindo-se esta empurrada para cometer tal ato, deixa assim de ser um “ato voluntário”. Para a *World Health Organization* (2002), a maioria das pessoas com comportamentos suicidas não desejam realmente morrer, até porque a maioria expõe, algum tempo antes, a sua intenção a familiares, amigos ou médicos (Marcelli & Braconnier, 2005).

Para que o suicídio fosse considerado um ato racional, o suicida teria de apresentar um perfeito entendimento das consequências do seu ato, sendo este absolutamente voluntário, na medida em que, para ele, não há outra alternativa para acabar com a dor e os problemas. No entanto, muito raramente se reúnem tais critérios, daí a dificuldade em reconhecer o suicídio como um ato racional (WHO, 2002).

Então, por comportamento suicida entende-se todo o comportamento que põe em causa a vida da pessoa ou a sua integridade física (Marcelli & Braconnier, 2005), independentemente do nível ou da razão verdadeira da ação (Abreu, Lima, Kohlrausch, & Soares, 2010). Nele incluímos todos os pensamentos suicidas (ideação suicida), tentativa de suicídio e suicídio consumado. O desenvolvimento de pensamentos suicidas poderá levar à tentativa de suicídio, e esta, por sua vez, ao suicídio propriamente dito (WHO, 2002). O comportamento suicida aspira a ser recorrente, o que poderá levar ao suicídio consumado (Bridge, Glodstein & Brent, 2006), fazendo com que estes comportamentos tenham vindo a ser alvo de grande preocupação em muitos países (Park et al., 2010).

King e colaboradores (2001 cit. in Bridge, Glodstein & Brent, 2006) também referem que o comportamento suicida pode co-ocorrer com outros comportamentos de risco (i.e. compulsão alimentar, sexo desprotegido, consumo excessivo de álcool), raramente acontecendo de modo isolado.

Para entender melhor o comportamento suicida, a *World Health Organization* (2002) apresenta um modelo do processo suicida, em que o comportamento suicida aparece como uma história em que há um desenvolvimento gradual na seriedade desse comportamento. Segundo este modelo o indivíduo passa assim da ideação suicida para a

tentativa de suicídio, e desta para o suicídio consumado. Este processo é individual e pode demorar um período de tempo diferente consoante o indivíduo. Os pensamentos suicidas podem desaparecer por um longo período de tempo e voltar em resposta a situações de stress. Este modelo permite perceber melhor a comunicação e a interação existente entre o suicida e as pessoas em torno do mesmo, levando em conta diversos fatores que afetam o processo de suicídio, tais como: a personalidade da pessoa, o papel do meio ambiente, o papel do stress, as reações de outras pessoas, o apoio psicossocial e cultural, os fatores protetores e os fatores de risco.

De acordo com a *World Health Organization* (2002) existem três características particulares que tendem a ser sempre as mesmas num potencial suicida: ambivalência (há um misto de sentimentos, desejo de viver e desejo de morrer), impulsividade (o suicídio é um ato impulsivo, geralmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia) e rigidez (a pessoa pensa constantemente em suicídio e é incapaz de ver outra alternativa para acabar com os seus problemas, pensado assim de forma drástica). Geralmente, as pessoas que desejam cometer suicídio comunicam as suas intenções e apresentam sinais de tal desejo.

Há estudos que salientam os traços de personalidade como tendo um papel fundamental na compreensão do comportamento suicida. Kerby (2003) mostra haver relação entre alto neuroticismo e baixa extroversão com a ideação suicida, tal como também sugere a relação entre baixa amabilidade e baixa conscienciosidade com pensamentos suicidas em jovens adultos.

Pacientes com tentativa de suicídio apresentam níveis mais altos de depressão, desesperança, ideação suicida, neuroticismo e mais baixa extroversão, quando comparados com pacientes sem tentativa de suicídio, mostrando, assim, que também têm estratégias de *coping* mais pobres e menos razões para viver (Claes et al.,2010).

### **1.2.1. O comportamento suicida na adolescência**

Na adolescência o número de suicídios tem vindo a aumentar nos últimos anos (Hawton & Van Heeringen, 2009), sendo que, num terço de todos os países do mundo, a taxa do mesmo já é mais alta entre jovens do que nas faixas etárias superiores (WHO, 2002), tornando-se o suicídio na adolescência um problema mundial. Stheneur (2006) aponta o

suicídio como a segunda causa de morte na adolescência nos países ocidentais, logo seguida dos acidentes rodoviários. Wohl e Joffe (2000), consideram o ato suicida no adolescente um sinal de patologia grave.

A ideação suicida tem, na adolescência, uma prevalência de 15 a 25% (Grunbaum et al., 2004 cit. in Bridge, Glodstein & Brent, 2006). Um estudo realizado nos Estados Unidos com crianças e adolescentes da população em geral, concluiu que 7 a 12% destes já tinham tido ideação suicida séria (Maris et al., 2000 in Borges & Werlang, 2006). Um outro estudo brasileiro (Borges & Werlang, 2006), igualmente com adolescentes de uma população não-clínica, encontrou um alto índice (36%) de ideação suicida. Destes jovens, todos conheciam alguém que tinha tentado suicídio e 64,4% conhecia alguém que cometeu suicídio. Tal como previamente referido, a ideação suicida é apontada como um fator de risco significativo do suicídio, contudo, nem sempre existem pensamentos suicidas antes do ato (Park, Cho & Moon, 2010).

Apesar da maioria dos estudos apontar a ideação suicida como preditora do suicídio (Grunbaum et al., 2004 cit. in Bridge, Glodstein & Brent, 2006; Vrshek-Schallhorn, Czarlinski, Mineka, Zinbarg & Craske, 2011), autores como Barrios, Everett, Simon e Brener (2000) referem que, pese embora alguns jovens façam tentativas de suicídio de forma impulsiva, muitos deles experienciam pensamentos e embarcam em comportamentos sem propriamente consumar o suicídio. No seu estudo, realizado nos Estados Unidos, estes autores mostraram como a ideação suicida pode estar associada à participação em comportamentos de risco, tal como conduzir sob o efeito de álcool ou apanhar boleia com alguém alcoolizado, não usar o cinto de segurança ou participar em lutas.

A maior parte dos indivíduos suicidas experienciam uma luta interna entre o desejo de morrer e o desejo de viver (Brown, Steer, Henriques & Beck, 2005), sendo o desejo de morte considerado como uma ideação suicida passiva (O'Carroll et al., 1996 cit. in Baca-Garcia et al., 2011).

Baca-Garcia e colaboradores (2011) realizaram, em duas amostras da população em geral, representativas dos E.U.A., o primeiro estudo que se foca no desejo de morte, relacionando as taxas deste com as taxas da tentativa de suicídio e sugerem que não só a ideação suicida, mas também a combinação desta com o desejo de morte, são um ponto

---

de partida para a tentativa de suicídio. Contudo, este estudo incidiu em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

No que se refere à tentativa de suicídio, esta atinge o seu pico entre os 14 e os 17 anos (Novick, Cibula & Sutphen, 2003), estando a sua taxa a aumentar a nível mundial entre os jovens do sexo masculino (Van Heeringen, 2001 cit. in Parks et al., 2010).

Apesar da tentativa de suicídio ser 10 a 20 vezes mais frequente que o suicídio consumado, e de ser, em vários países, a causa mais frequente de entrada de jovens no hospital, não existem nos países em geral estatísticas para a mesma (WHO, 2002).

É incrível pensar como pode um jovem idealizar, planear e mesmo realizar a sua própria morte, quando é tão natural o instinto de sobrevivência no ser humano. Talvez a vontade de acabar com um sofrimento emocional intolerável seja a razão (Abre, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010).

No que se refere aos jovens, e de acordo com Sampaio e Santos (1990 cit. in Lopes, Barreira & Pires, 2001), a tentativa de suicídio engloba todo o auto-dano ou auto-envenenamento não letal e efetuado por livre vontade, sendo que, para Bridge, Goldstein e Brent (2006), o indivíduo apresenta, na tentativa de suicídio, intenção explícita ou inferida de morrer. Estas tentativas podem ser uma forma de pedir ajuda, contudo, podem ser altamente letais, ficando a sobrevivência do indivíduo dependente da sorte (Stengel, 1974 cit. in Mann, 2002). A tentativa de suicídio, no jovem, pode ser precipitada por um evento doloroso ou stressante ou pode ainda ser uma forma de comunicação (WHO, 2002; Marcelli & Braconnier, 2005; Wohl, 2000; Alvin, 2000) do adolescente vulnerável e perturbado emocionalmente (Wohl, 2000), é um ato desesperado de transformar a sua vida para que esta seja suportável (WHO, 2002; Alvin, 2009 cit. in Tournemire, 2010). Essa procura de ajuda não significa, no entanto, que o jovem seja manipulador, chamando a atenção através do seu comportamento. O adolescente sente-se realmente desprezado, incapaz de se ajudar e envergonhado pelo seu fracasso (Églé Laufer, 2000). De facto, os indivíduos com tentativa de suicídio aparecem muitas vezes na literatura como possuindo menores habilidades para resolver problemas do que os adolescentes sem estes comportamentos (Speckens & Hawton, 2005 cit. in Claes et al., 2010).

O fato de o suicídio ainda ser um tema tabu e que desperta angústia torna difícil a abordagem do problema. O suicídio ainda está associado a desconforto, vergonha e culpa,

---

mas se o tema for discutido de forma aberta, este tornar-se-á um problema a ser resolvido e não escondido (WHO, 2002).

### **1.2.2. Fatores de risco associados ao comportamento suicida**

Segundo a literatura, considera-se como fator de risco todo o elemento que tem grande probabilidade de desencadear um evento indesejado (Benincasa & Rezende 2006), podendo este ser constituído por uma variável genética, biológica ou psicossocial (Sapienza & Pedromônico, 2005). Definir e identificar fatores de risco mostra-se essencial na avaliação da influência destes fatores no desenvolvimento do adolescente (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Sendo o suicídio um problema difícil de explicar, na medida em que resulta, tal como supra referido, de uma interação complexa entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, este não resulta de uma única causa ou fator. De acordo com Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010), o risco para o comportamento suicida é a junção entre o psicossocial e o biológico. Para além disso, os fatores de risco associados ao suicídio variam de país para país, de acordo com a cultura, a política e economia dos mesmos (WHO, 2002). Imensas pesquisas foram já realizadas com o intuito de identificar os fatores de risco para o comportamento suicida. Dada a panóplia de fatores, faz-se necessário o agrupamento destes por áreas.

Imensos estudos encontram uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos em indivíduos com comportamentos suicidas. De acordo com a *World Health Organization* (2002), cerca de 80 a 100% dos suicídios são realizados por pessoas com pelo menos um transtorno mental. De acordo com Mann (2002, p.302), “o suicídio é geralmente uma complicação de uma desordem psiquiátrica”, embora a maioria dos indivíduos com transtorno psiquiátrico nunca tenham tentado o suicídio. Mann (2002) refere, ainda, no seu artigo, uma investigação em que se compararam indivíduos que tentaram o suicídio com indivíduos sem tentativa de suicídio, ambos os grupos com o mesmo transtorno psiquiátrico. O primeiro grupo apresentou, talvez por maior predisposição para tal, mais depressão subjetiva, desesperança e ideação suicida mais grave, sendo que os seus membros referem sentir ter menos motivos para viver. Os mesmos indivíduos apresentaram-se, ainda, mais agressivos e impulsivos. Todas estas características

contribuem para colocar o paciente em maior risco de tentar o suicídio que o segundo grupo.

A depressão é mais comum em indivíduos que cometem o suicídio completo. A depressão ocupa o primeiro lugar nas perturbações associadas à tentativa de suicídio (Marcelli & Braconnier, 2005), sendo que a ideação suicida apresenta maiores taxas em indivíduos com diagnóstico de depressão (Garlow et al., 2008 cit. in Vrshek-Schallhorn, Czarlinski, Mineka, Zinbarg, & Craske, 2011).

Relativamente a estudos com a população adolescente, Park e colaboradores (2010), no seu estudo, mostram haver associação entre suporte social e ideação suicida em jovens.

O ambiente social em que o jovem se insere influencia o seu comportamento. Sendo assim, existem fatores sociais de risco para o suicídio, tal como a falta de apoio emocional e instrumental e a falta de relações sociais e contactos pessoais (Park, Cho & Moon, 2010). Ligados à ideação suicida estão fatores demográficos, socioeconómicos e de suporte social, tal como a idade, o sexo, o viver sozinho, humor depressivo e baixo suporte social (Casey, Dunn, Kelly, Birkbeck, Dalgard, Lehtinen, Britta, Ayuso-Mateos & Dowrick 2006; Park et al., 2010).

Em relação aos adolescentes, e tal como acontece na restante população, também a maioria dos suicidas têm transtornos psiquiátricos, sendo que entre os transtornos mais frequentes se podem encontrar as desordens afetivas, o abuso ou dependência de substâncias e os comportamentos disruptivos, sendo comum a co-morbidade entre estas diferentes patologias (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Hawton & Van Heeringen, 2009).

A presença de história familiar de suicídio pode indicar uma transmissão de doenças psiquiátricas entre as gerações, que por sua vez geram a ideação suicida e podem também indicar a transmissão do comportamento suicida na família. O comportamento suicida parece assim ser hereditário, apesar de serem ainda desconhecidos os fatores genéticos específicos que contribuem para esse risco (Mann, 2002).

Na pesquisa de Mittendorfer-Rutz, Rasmussen & Wasserman (2008), a existência de psicopatologia na família (especialmente o abuso de substâncias, as desordens afetivas, neuróticas e de personalidade), é associada ao risco de tentativas de suicídio em adolescentes e jovens adultos. Estes autores apontam, assim, que a doença mental nos

pais aumenta, não só o risco de doença mental nos jovens como aumenta o risco de tentativa de suicídio, por um lado, através da hereditariedade, por outro, através de fatores ambientais. Este estudo mostra que o comportamento suicidário na família, especialmente a tentativa de suicídio, está associado ao risco de tentativa de suicídio no adolescente, mesmo depois de controladas as perturbações mentais na família e no próprio indivíduo. Sugerem, assim, que a história de comportamento suicida na família pode ser indicador de uma predisposição genética para o comportamento suicida.

Existem também outros fatores familiares não genéticos de risco. A maioria dos estudos com adolescentes suicidas mostra que estes pertencem, geralmente, a famílias que vivem num clima de instabilidade, de discórdia ou separadas (Marcelli & Braconnier, 2005; Alvin, 2000) e que apresentam determinados padrões familiares (embora estes nem sempre estejam presentes): um ou ambos os pais com transtorno mental, com abuso de álcool ou drogas; comportamento anti-social na família, história familiar de suicídio ou tentativa de suicídio; família violenta e abusiva, incluindo abuso físico e sexual do jovem; cuidados pobres, má comunicação na família; brigas frequentes entre os pais; separação, divórcio ou morte dos pais; baixas expectativas por parte dos pais ou autoridade excessiva e inadequada; ambiente emocional negativo com rejeição ou negligência; família adotiva (WHO, 2002). O comportamento suicida pode ainda ser transmitido por modelagem, o que coloca a criança em maior risco de desenvolver tais comportamentos (Mann, 2002). A disfuncionalidade na família é assim um fator de risco de suicídio para o adolescente (Minayo et al. cit. in Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010).

De acordo com De Wilde et al. (1992 cit. in Marcelli e Braconnier, 2005), uma vez que a sensibilidade perante os acontecimentos de vida é maior nos adolescentes suicidas, esses jovens experienciaram mais acontecimentos negativos de vida (como conflitos familiares, abuso sexual ou mudança de residência) do que os outros jovens.

Distúrbios familiares, separação dos amigos, colegas ou namorados(as), morte de alguém significativo, conflitos interpessoais, problemas judiciais ou disciplinares, pressão do grupo, bullying, gravidez indesejada ou aborto, decepção ou fracasso nos resultados escolares, altas demandas na escola em períodos de exame, podem ser fatores de risco para a tentativa de suicídio e suicídio consumado (WHO, 2002).

Os adolescentes com comportamentos suicidas apresentam, quando comparados com os adolescentes em geral, mais problemas de saúde, comportamentos de fuga, agressivos e pré-delinquentes e consumo de substâncias. Têm uma auto-imagem negativa e referem mais insucesso escolar (Marcelli & Braconnier, 2005). Contudo, o fator de risco mais preditivo do suicídio é o facto de um indivíduo ter já realizado uma tentativa de suicídio (Ladame et al., 2002 cit. in Marcelli & Braconnier, 2005) ou uma auto-lesão provocada (Hawton & Van Heeringen, 2009).

Tal como referido anteriormente, alguns autores diferenciam o suicídio da tentativa de suicídio, apontando fatores de risco diferentes para ambos. No que se refere à tentativa de suicídio na adolescência, de acordo com Freemann e Reinecke (1995), os fatores predisponentes associados à tentativa de suicídio são: fatores constitucionais, tais como aumento da suscetibilidade (vulnerabilidade), hipersensibilidade e psicopatologia grave, pouca tolerância ao stress ou à frustração, escasso controlo de impulsos ou agressividade, depressão, baixa auto-estima, solidão, pensamento mágico, propensão aos acidentes, transtornos gerais de conduta e fracasso na escola.

Na adolescência, o ato suicida, de acordo com alguns autores (Marcelli & Braconnier, 2005), comporta uma dimensão impulsiva, em que o indivíduo, na ausência de reflexão, põe em causa a intenção do ato. Algum tempo antes de tentar o suicídio, há um aumento da angústia e tensão e, na maioria das vezes, o indivíduo procura manifestar a intenção do ato a alguém. Envolto pelo medo de não suportar e de falhar, o jovem pode realizar o ato em si (Marcelli & Braconnier, 2005).

Laufer (2000), no seu trabalho com adolescentes que já tinham tentado o suicídio com intenção consciente de morrer, percebeu que a tentativa de suicídio não era um impulso repentino e imprevisível. A tentativa de suicídio seria a manifestação de uma situação interna, em que o jovem, perante o seu fracasso e sentindo-se incapaz para continuar a viver, se sentia encurralado e com desejo consciente de morrer. Esse desejo seria a forma de escapar daquela situação interna.

No entanto, se uma forte impulsividade co-existir com a raiva, ambas características da fase da adolescência, isso aumenta o risco de suicídio (Horesa et al., 1997 cit. in Park et al., 2010). A raiva, sendo uma emoção difícil de lidar nessa fase da vida, é considerada fundamental para o desenvolvimento da ideação suicida e comportamentos suicidas. O

comportamento suicida é considerado um ato agressivo, de raiva mal orientada a si mesmo (Goldney, et al., 1997 cit. in Park et al., 2010).

Jovens que têm o desejo de por fim à sua vida apresentam-se mais deprimidos, sem esperança e com mais raiva do que os jovens que não o têm (Boergers et al., 1998 cit. in Park, et al., 2010). Field, Diego e Sanders (2001), reconhecem, no seu estudo, a ligação entre a raiva e a ideação suicida. Um outro estudo recente (Park, Cho & Moon, 2010) que teve como objetivo explorar os níveis de raiva, expressão da raiva e ideação suicida em adolescentes asiáticos, considera que a raiva e a expressão de raiva estão relacionadas com a ideação suicida, ou seja, jovens com maior ideação suicida apresentam maior nível de raiva e um controle da raiva mais pobre do que jovens sem ideação suicida.

### **1.2.3. Fatores de proteção associados ao comportamento suicida**

Os fatores de proteção são conceptualizados como referentes aos “recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco” (Eisenstein & Souza, 1993 cit. in Sapienza & Pedromônico, 2005, p.213). Utilizar os fatores de proteção, enfrentando os fatores de risco, torna o jovem resiliente, ou seja, capaz de ultrapassar as dificuldades (Grunspun, 2003 cit. in Sapienza & Pedromônico, 2005).

Os fatores de proteção associados ao comportamento suicida devem, também, ser definidos e identificados, dado que protegem o jovem de tal comportamento.

A *World Health Organization* (2002), refere como fatores protetores o ter confiança em si mesmo, na sua situação e nas suas realizações; boas habilidades sociais, capacidade de procura de ajuda nas dificuldades, busca de conselhos em decisões importantes, abertura para a experiência e soluções de outras pessoas e abertura para novos conhecimentos. Também Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010) apontam como fator de proteção o facto de o adolescente pertencer a uma família funcional, com boas relações entre os membros da família e apoio familiar. Nestes casos, o jovem terá menos probabilidade de se envolver em comportamentos suicidas, apresentando características como: integração social, bom relacionamento com colegas de escola ou trabalho, bom relacionamento com professores ou superiores e apoio de pessoas competentes, fatores também reconhecidos como de proteção para a tentativa de suicídio e suicídio consumado (WHO, 2002).

Do nosso conhecimento, não existem programas de intervenção para os comportamentos de auto-dano, e assistimos, em Portugal, a uma escassez de programas de prevenção de comportamentos suicidas na adolescência.

O Núcleo de estudos do suicídio, com atividade clínica no Hospital de Santa Maria, realizou no ano de 2010, o projeto denominado “Tu Importas – Escolas, Jovens e Saúde”, um projeto de promoção da saúde e prevenção do suicídio, na Escola Secundária Pedro Alexandrino em Odivelas e na Escola Secundária José Gomes Ferreira, em Benfica.

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 refere que, segundo estudos internacionais, as perturbações emocionais e comportamentais das crianças e dos adolescentes têm uma prevalência elevada, entre 15 a 20%. As perturbações conduzem a comportamentos de risco, como é exemplo os atos suicidários, e causam incapacidades, tais como, atrasos e perturbações do desenvolvimento, défices cognitivos e psicossociais. Estes problemas tendem a manter-se e a agravar-se na idade adulta. No entanto, a resposta que os serviços públicos têm sido capazes de dar, com os limitadíssimos recursos de que dispõem, é insuficiente e, por vezes, desajustada às necessidades.

O parlamento europeu na sua Resolução 1608 de 2008, recomenda que todos os países da União Europeia implementem estratégias de identificação de jovens em risco e de prevenção de suicídio, tornando esta questão numa prioridade política. Entre algumas sugestões deste grupo de trabalho estão: melhorar os conhecimentos dos adolescentes acerca de comportamentos suicidários e sinais de risco, e tomar medidas para que os adolescentes não trivializem o suicídio.

Neste sentido é urgente que programas de intervenção, no âmbito dos comportamentos auto-lesivos, sejam desenvolvidos de modo a criar soluções mais adequadas e eficazes. Para tal é fundamental conhecer mais acerca destes comportamentos, principalmente do comportamento de auto-dano, do qual muito pouco é conhecido. O presente trabalho permite um passo nesse sentido, uma vez que permite a caracterização dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na população adolescente.

A investigação que se segue é composta por dois estudos, sendo o primeiro relativo à construção e validação do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação suicida na Adolescência (QIAIS-A), e o segundo relativo à caracterização dos comportamentos auto-destrutivos nos adolescentes da ilha de São Miguel, nomeadamente o

comportamento de auto-dano e ideação suicida. Estudar-se-á, também, a correlação entre estes comportamentos e as variáveis referidas na literatura como explicativas destes atos (i.e. sintomatologia psicopatológica, auto-criticismo, raiva, estilos parentais).

**CAPÍTULO II**

*Estudo 1*

**Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e  
Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)**

**CAPITULO II – Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)**

**1. Objetivos**

O objetivo geral e principal deste estudo é a construção e validação do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), numa amostra de adolescentes.

Fez-se necessária a construção desta escala uma vez que as já existentes não se mostraram adequadas à avaliação do auto-dano tanto como o é entendido neste estudo, incluindo, nesta definição não fazendo, portanto, a distinção destes. Para além disso, as escalas existentes, não avaliavam as funções do auto-dano ou consideravam algumas destas funções como comportamentos do auto-dano. Dado este facto, foi necessário a construção de uma escala que diferenciasse os comportamentos de auto-dano dos comportamentos suicidas; incluísse a variável impulso, tão referida na literatura da especialidade; e que avaliasse ainda as funções do auto-dano, ou seja, qual é o resultado que o jovem espera do seu comportamento de auto-dano.

Os **objetivos específicos** são:

*1. Aferição do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)*

**1.1. Estudo da dimensionalidade da escala**

1.1.1. Conhecer a estrutura fatorial da QIAIS-A.

1.1.2. Conhecer as características psicométricas do instrumento em estudo no que respeita:

1.1.2.1. à consistência interna.

1.1.2.2. à propriedade dos itens.

**1.2. Avaliação da existência de relação entre os comportamentos de auto-dano e ideação suicida com outras medidas convergentes e divergentes**

1.2.1. Avaliar a existência de correlações significativas entre a QIAIS-A e a RTSHIA (*The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents*)

1.2.3. Avaliar a existência de correlações significativas entre a QIAIS-A e a MCAI-A (Memórias de Calor a Afeto na infância – versão portuguesa para adolescentes)

Na persecução dos objetivos específicos delineados para cada um dos estudos, foram formuladas as seguintes **hipóteses**:

**H1.1.** Resultados favoráveis à adequação do instrumento.

**H1.1.1.** Os fatores encontrados explicam a maior parte da variância e a percentagem da variância explicada por cada fator distribui-se de forma parcimoniosa.

**H1.1.2.** O instrumento utilizado apresenta boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna.

**H1.1.3.** As correlações entre os itens e o total, entre os itens e os fatores e entre os fatores e o total são de magnitude considerável.

**H1.2.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais elevadas na RTSHIA (*The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents*).

**H1.3.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais baixas na MCAI-A (Memórias de Calor a Afeto na infância – versão para adolescentes).

## **2. Metodologia**

### **2.1. Caracterização da amostra**

O objetivo foi cobrir sensivelmente 50% da população adolescente entre os 15 e os 18 anos de todas as escolas da ilha de São Miguel, pertencentes a turmas do 10.º, 11º e 12º anos de escolaridade. No entanto, após contacto com as escolas e seleção de turmas,

verificou-se que as idades dos alunos destes anos de escolaridade se encontravam entre os 14 e os 19 anos, motivo pelo qual estas foram as idades dos adolescentes participantes neste estudo.

Trata-se de uma amostra aleatória, selecionada pelo método de urna (Poeschl, 2006), em que, após numeração de todas as turmas das escolas em pedaços de papel, foi tirado ao acaso as turmas até consumir um número de alunos correspondente a metade de cada ano escolar, perfazendo, assim, 50% dos alunos de cada ano e de cada escola com ensino secundário.

Foram oito as escolas que participaram no estudo, as quais não irão ser identificadas, por questões éticas, de sigilo e confidencialidade dos resultados. A única escola que recusou participação no estudo foi uma escola particular.

A amostra final de estudo ficou constituída por 1605 sujeitos pertencentes ao ensino secundário, dos quais 734 do sexo masculino (45.7 %) e 871 do sexo feminino (54.3%), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos (M = 16.85; DP = 1.278).

No Quadro 1., estão apresentadas as características da amostra em função do género e da idade.

**Quadro 1. Características da amostra total (n=1605) em função do Género e da Idade**

		M		DP	
Idade		16.85		1.278	
		14 aos 16 anos	17 aos 19 anos	20 aos 22 anos	TOTAL
Sexo	Masculino	298 44.0%	413 47.3%	23 42.6%	734 45.7%
	Feminino	380 56.0%	460 52.7%	31 57.4%	871 54.3%
TOTAL		678 100%	873 100%	54 100%	1605 100.0%

No que respeita ao **ano de escolaridade**, as turmas do ensino secundário apresentam 42.6 % de alunos no 10º ano, 33.8 % de alunos no 11º ano e 23.6 % de alunos no 12º ano.

Relativamente à **reprovação** de ano, 1033 (64.4%) dos alunos nunca reprovaram, o que significa que 572 (35.6%) já reprovaram, destes, 511 (31.8 %) reprovaram uma ou duas vezes e 61 (3.8%) reprovaram mais de duas vezes, sendo o número máximo de reprovações de cinco vezes.

Em relação ao **nível socioeconómico dos pais**, verifica-se que 783 (48.8%) alunos têm pais com rendimentos baixos, 690 (43.0%) têm pais com rendimentos médios e 132 (8.2%) têm pais com rendimentos elevados. A classificação da avaliação do nível socioeconómico dos pais dos alunos foi realizada de acordo com Almeida (1988) (cf. Anexo 6).

Relativamente à **satisfação na escola**, os alunos mostram-se satisfeitos, tendo o sexo feminino apresentado uma média de satisfação de 22.90 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 22.63, numa escala de 1 a 35.

Saliente-se que esta variável Satisfação na Escola engloba a satisfação do aluno com os colegas de turma, colegas da escola de outras turmas, amigos da escola, professores, funcionários e a própria escola.

Em relação à **satisfação na família**, os jovens do ensino secundário estão bastante satisfeitos com a família, tendo o sexo feminino apresentado uma média de satisfação de 13.62 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 13.37, numa escala de 1 a 15. Esta variável, Satisfação na Família, engloba a satisfação do aluno em relação aos pais, irmãos e restante família.

No que respeita à **satisfação com amigos fora da escola**, os alunos estão igualmente bastante satisfeitos tendo, numa escala de 1 a 5, o sexo feminino apresentado uma média de satisfação de 4.44 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 4.39.

## 2.2. Instrumentos de diagnóstico e medida

O protocolo de avaliação<sup>2</sup> é constituído pelos seguintes instrumentos:

### 2.2.1. QIAIS-A - Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (Castilho P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012)

---

<sup>2</sup> Para consultar os instrumentos utilizados, confrontar Anexo 5.

Este questionário foi construído propositadamente para a recolha de dados desta população e aborda variáveis relativas ao impulso, auto-dano e ideação suicida passíveis de inferir, nos resultados obtidos, o grau de impulsividade, a presença de comportamentos de auto-dano e as suas funções, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. É um questionário de auto-resposta constituído por 64 itens, distribuídos ao longo de quatro módulos: A - Impulso (16 itens), B - Auto-dano (14 itens), C – Funções (31 itens) e D - Ideação-suicida (3 itens). A resposta a esses itens é feita através de uma escala de *Likert* de 4 pontos, que vai desde Nunca acontece comigo (0) a Acontece-me sempre (3). Apenas o módulo C – Funções é de resposta nominal.

Devem ser invertidos os itens do módulo Impulso formulados na positiva, nomeadamente os itens 6, 9, 13 e 15. Quanto mais alta a pontuação num dado fator (módulo), mais alta será a atitude em relação a essa componente atitudinal.

Esta escala é validada no presente estudo e os seus dados psicométricos apresentados ao longo deste capítulo.

### **2.2.2. RTSHIA – *The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents*** (Vrouva, Fonagy, Fearon & Roussow, 2010)

O Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-Dano para Adolescentes é um questionário de auto-resposta constituído por 34 itens. A análise fatorial da RTSHIA resulta em dois fatores: *Risk-Taking (RT)* – “correr riscos” (8 itens) e *Self-Harm (SH)* – “auto-dano” (18 itens), trata-se de uma escala de frequência dos comportamentos de risco e auto-dano. O sujeito é instruído a responder aos itens numa escala de *Likert* de 4 pontos, que vai desde Nunca (0) a Muitas vezes (3).

A Análise Fatorial Confirmatória da escala suporta o modelo de dois fatores, consistente com as propostas teóricas e os resultados empíricos de que os fatores “correr riscos” (RT) e “auto-dano” (SH) estão intimamente relacionados, embora não sejam idênticos (Vrouva, Fonagy, Fearon & Roussow, 2010).

No artigo original (Vrouva, Fonagy, Fearon & Roussow, 2010), o alfa de *Cronbach* para a subescala “correr riscos” (RT) foi bom ( $\alpha = .85$ ) e para a subescala “auto-dano” (SH) foi igualmente elevado ( $\alpha = .93$ ). A estabilidade teste-reteste (3 meses) foi .90 para a subescala “correr riscos” (RT) e .87 para a subescala “auto-dano” (SH).

**2.2.3. MCAI-A – Memórias de Calor e Afeto na Infância** – versão para adolescentes  
(Barreto Carvalho, C., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, 2012)

Concebida para medir memórias de calor e afeto na infância, é uma escala de auto-resposta constituída por 21 itens. Para cada item é solicitado aos sujeitos que respondam de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos, a frequência com que a frase se aplica a si (0= Nunca; 1= raramente; 2= algumas vezes; 3= frequentemente; 4= a maior parte das vezes).

Trata-se de uma escala unidimensional, que no artigo original da sua validação apresenta um alfa de *Cronbach* de .97 (Ritcher, Gilbert & McEwan, 2009). Na sua aferição para a população portuguesa, foi apresentado um alfa de *Cronbach* de .95 (Cunha, Martinho & Xavier, 2012).

**2.3. Procedimentos de Investigação**

Como já foi referido, o Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) foi propositadamente construído para o presente estudo, tendo o desenho de uma nova escala sido motivado pelo facto das escalas já existentes induzirem a erro quanto à definição de auto-dano utilizada, uma vez que incluem comportamentos suicidas nos comportamentos de auto-dano, não fazendo a distinção destes e não avaliam as funções do auto-dano ou, quando o fazem, incluem estas funções nos comportamentos do auto-dano.

No desenho metodológico desta investigação, começaram por definir-se critérios de inclusão e de exclusão da amostra. A idade da população inicialmente pretendida para estudo seria entre os 15 e os 18 anos, uma vez que a revisão bibliográfica indica ser estas as idades onde se podem observar mais comportamentos de auto-dano. No entanto, após se ter recolhido, junto das escolas, a informação das idades dos alunos constituintes das turmas do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos) estas idades foram modificadas, conforme referido aquando do desenho da nossa amostra.

Assim, participaram no nosso estudo adolescentes das escolas da ilha de São Miguel, com idade compreendida entre os 14 e os 19 anos, de ambos os sexos e com autorização parental para a participação no estudo.

Tratando-se de um estudo de validação, o protocolo é constituído por um número considerável de medidas, seleccionadas com o objetivo de permitir uma avaliação abrangente das relações existentes entre os comportamentos auto-destrutivos e outras medidas convergentes e divergentes (cf. Anexo 5).

Após construção do protocolo de investigação, foi redigida uma carta à Direção Regional da Educação (DRE) explicitando as finalidades desta investigação, salientando a importância da mesma e solicitando autorização para a sua realização nas escolas de S. Miguel (cf. Anexo 1). Sobre permissão, e numa primeira fase, procedeu-se ao contacto com cada um dos Conselhos Executivos das escolas, vias telefone, e-mail e carta (cf. Anexo 3), para o levantamento de dados relativos à composição da totalidade de turmas do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade da ilha de São Miguel. Posteriormente, foram seleccionadas, através do método de urna (Poeschl, 2006), metade das turmas pertencentes a cada ano de escolaridade, perfazendo um total de 50% da população adolescente e estudante do ensino secundário da ilha de São Miguel. Foram distribuídos aos encarregados de educação os consentimentos informados, e que possibilitaram, aos mesmos, recusar a participação dos jovens no estudo (cf. Anexo 4).

#### **2.4. Procedimentos Estatísticos**

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se à versão 17.0 do *software* de análise estatística: *Statistical Packadge for Social Sciences* (SPSS).

Nos estudos descritivos da amostra foram utilizadas estatísticas descritivas, incluindo quadros de frequências e de percentagens.

Em relação à validação da QIAIS-A, foram utilizadas Análises de Componentes Principais seguidas de rotação *Varimax*, nos estudos da dimensionalidade da escala.

A avaliação de existência de associação entre variáveis, nomeadamente os estudos acerca da validade convergente e divergente, foi realizada através de correlações de *Spearman* uma vez confirmada a distribuição normal de todas as variáveis.

### 3. Resultados

Seguidamente serão apresentados os resultados mais relevantes, tendo em conta os objetivos e hipóteses delineadas. É importante salientar que o  $n$  da amostra pode variar consoante o número de alunos que responderam a cada questionário.

#### 3.1. Estudo da dimensionalidade da escala

##### 3.1.1. Estudos preliminares

Como anteriormente referido, o Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) foi construído propositadamente para a recolha de dados desta população (Figura 2).

**Figura 2. Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)**

#### QIAIS-A

(Castilho, P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012)

Este questionário destina-se a avaliar comportamentos impulsivos, de auto-dano e pensamentos suicidas. De seguida vais encontrar algumas afirmações que mostram como os adolescentes por vezes se sentem. Por favor, lê cada frase com atenção e marca a resposta que melhor se adapta a ti. Não existem respostas certas ou erradas.

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3
-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------

#### A. Impulso

	0	1	2	3
1. Faço coisas sem pensar nas consequências.				
2. Os outros dizem que ando "a mil há hora".				
3. Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.				
4. Perco a paciência muitas vezes.				
5. Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.				
6. Termino as tarefas que começo.				
7. É difícil para mim controlar as emoções.				
8. Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.				
9. Gosto de planear o que faço com tempo.				
10. Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.				
11. Para mim é difícil ficar quieto.				
12. Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex: álcool, comida, jogo).				
13. Sou cuidadoso (a).				

14. Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.				
15. É fácil concentrar-me.				
16. É difícil esperar numa fila.				

**B. Auto-dano**

	0	1	2	3
1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, <b>de propósito</b> .				
2. Bato <b>de propósito</b> com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).				
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo <b>de propósito</b> .				
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objectos <b>de propósito</b> . (almofada, por exemplo).				
5. Corto certas partes do meu corpo <b>de propósito</b> . (com lâminas, tesouras, facas, x-acto, etc.).				
6. Queimo certas partes do meu corpo <b>de propósito</b> . (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).				
7. Espeto agulhas ou objectos semelhantes no meu corpo <b>de propósito</b> .				
8. Engulo e/ou introduzo objectos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas <b>de propósito</b> .				
9. Abuso excessivamente de álcool.				
10. Abuso excessivamente de drogas leves.				
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar “mocado”).				
12. Abuso de laxantes.				
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).				
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem protecção, etc.).				

Outros comportamentos \_\_\_\_\_

Se **respondeste 0** a todas as questões anteriores passa para a **pergunta D** (ideação suicida). Se tens alguma **resposta com 1 ou mais continua por favor**.

Esta parte do questionário destina-se a compreender melhor o comportamento de auto-agressão sem intenção suicida. Vais encontrar algumas afirmações que podem mostrar a utilidade que este comportamento tem para ti.

**C. Funções**

	Sim	Não
1. Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido .		
2. Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.		
3. Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.		
4. Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.		
5. Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria) .		
6. Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.		
7. Magoo-me para me sentir menos inferior.		
8. Quando me magoo procuro castigar-me .		
9. Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.		
10. Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto .		

11.Magoar-me ajuda-me a auto-controlar.		
12.Magoar-me ajuda-me a acalmar.		
13.Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.		
14.Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).		
15.Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.		
16.Magoo-me para chamar a atenção dos outros.		
17.Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.		
18.Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.		
19.Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.		
20.Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.		
21.Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.		
22.Magoo-me para me vingar dos outros.		
23.Magoo-me para não magoar os outros.		
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.		
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.		
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.		
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.		
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.		
29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.		
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.		
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer .		

**D. Ideação Suicida**

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3			
			0	1	2	3
1. Já houve alturas em que pensei que me queria matar.						
2.Há alturas em que penso que não tenho futuro nem saída.						
3. Há alturas em que gostava de desaparecer.						

Após revisão exaustiva da literatura da especialidade e com base nela, construiu-se a QIAIS-A que inclui, variáveis relativas ao impulso, ao auto-dano e à ideação suicida passíveis de inferir nos resultados obtidos, nomeadamente o grau de impulsividade, a presença de comportamentos de auto-dano e as suas funções, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. Estes fatores são referidos na literatura como relacionados com o auto-dano ou até, muitas vezes, como exemplo do próprio auto-dano.

A QIAIS-A é um questionário de auto-resposta constituído por 64 itens. No seu desenvolvimento foram criados módulos: A - Impulso (16 itens), B - Auto-dano (14 itens), C – Funções (31 itens) e D - Ideação-suicida (3 itens). As respostas são dadas em escala de *Likert* de 4 pontos, que vai desde Nunca acontece comigo (0) a Acontece-me sempre (3), o módulo C – Funções é de resposta nominal.

Foi aplicada uma primeira versão do protocolo de investigação a uma turma de 16 alunos do 10º ano, de uma das escolas que participaram no estudo, com vista a perceber as dificuldades sentidas na interpretação e compreensão do mesmo, assim como identificar possíveis erros existentes e tempo despendido no preenchimento. Para este efeito, durante esta fase de aplicação foi efetuada uma *reflexão falada*, tendo sido solicitado aos alunos a sua opinião acerca da clareza dos itens, assim como as dificuldades sentidas na sua compreensão.

Posteriormente a escala foi corrigida e melhorada, a título de exemplo, foi acrescentado a todos os itens referentes ao auto-dano o termo “de propósito”, de modo a que os alunos não inferissem que estávamos a falar de danos por acidente (e.g. corte acidental), em vez de deliberados.

Após as correções necessárias ao protocolo, foi efetuado novo contacto com as escolas a fim de ser definido o *modus operandi* para aplicação do protocolo revisto aos alunos das turmas atrás referidas, o qual permitiu recolher os dados necessários à persecução dos objetivos do presente estudo.

A todos os participantes foi distribuído, pelo investigador e por técnicos devidamente formados para o efeito, o protocolo de investigação. Receberam também uma breve explicação dos objetivos do estudo e da garantia de confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados. Durante a aplicação do protocolo os participantes foram auxiliados quanto às suas dúvidas de compreensão e preenchimento.

### **3.1.2. Estudo definitivo**

Para o presente estudo foi considerada uma amostra de adolescentes com o nível de escolaridade correspondente ao ensino secundário (n=1605).

Procedeu-se à inversão dos itens 6, 9, 13 e 15, pertencentes ao fator Impulso, uma vez que quanto maior a pontuação final, maior a impulsividade, obtendo-se, assim, maior clareza na interpretação das pontuações dos fatores e do total.

A escala total constituída por 64 itens apresenta um alfa de *Cronbach* total de .90, o qual é considerado bom e revelador de uma boa consistência interna (Maroco, 2003). Na amostra deste estudo (n=1605), o alfa de *Cronbach* é de .77 para o fator Impulso, .88 para o fator Auto-dano, .94 para as Funções de comportamentos de auto-dano e .82 para o fator Ideação suicida.

Saliente-se que não foi considerada nesta análise, o módulo C da escala QIAIS-A referente às funções do auto-dano uma vez que os itens nela existentes são de resposta nominal. Sendo assim, dos 64 itens que constituem a escala, foram excluídos os 31 itens relativos às funções do auto-dano nas análises de validação da mesma, ficando, portanto, o total da QIAIS-A resumida a 33 itens na sua análise.

Seguidamente procedeu-se à análise fatorial da escala. Os 33 itens da escala ( $\alpha=.85$ ), relativos ao impulso (16 itens), auto-dano (14 itens) e ideação-suicida (3 itens), foram submetidos a uma Análise de Componentes Principais seguida de rotação Varimax, com base nos *eigenvalues* superiores a 1.

A medida de equação de Kaiser-Meyer-Olkin para o total (33 itens) da escala QIAIS-A foi de 0.892 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $\chi^2 = 17963.176$ ;  $p=.000$ ), o que revela a elevada adequação da amostra (n= 1605) para análise em causa. Emergiram sete componentes (fatores), os quais explicavam 55.73% da variância total (33 itens) da escala. A percentagem da variância não se distribuía de forma parcimoniosa pelos sete componentes (22.07% para o componente 1; 9.60% para o componente 2; 7.24% para o componente 3; 5.87% para o componente 4; 4.21% para o componente 5; 3.48% para o componente 6 e 3.24% para o componente 7), o que era esperado, uma vez que a QIAIS-A mede diferentes aspetos dos comportamentos auto-destrutivos.

Pretendendo-se obter uma matriz de leitura mais clara, procedeu-se, em seguida, à Análise de Componentes Principais seguida de rotação *Varimax* separadamente para cada uma das variáveis (Impulso, Auto-dano e Ideação suicida) existentes na escala QIAIS-A.

Em relação ao fator Impulso, a medida de equação de Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0.842 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $\chi^2 = 4536.305$ ;  $p=.000$ ), o que revela

uma boa adequação da amostra. Emergiram três componentes, os quais explicavam 43.61% da variância total do fator Impulso.

No Quadro 2., apresentamos os valores encontrados aquando da Análise de Componentes Principais seguida de Rotação *Varimax* do fator Impulso que constitui a QIAIS-A.

**Quadro 2. Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax) do fator Impulso na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)**

Itens	Componente1	Componente 2	Componente 3
1	.654		
2	.522		
3	.561		
4	.613		
5	.644		
7	.436		.474
8	.558		
10	.392		
11	.507		
12	.580		
14	.632		
16	.486		
6 (invertido)		.676	
9 (invertido)		.637	
13 (invertido)		.677	
15 (invertido)		.562	
% variância	23.98	12.07	7.55
% cumulativa	23.98	36.05	43.61

A análise do Quadro 2. revela que os três componentes retidos explicam 43.61% da variância total do fator Impulso.

O componente 1 engloba 11 itens (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 16) e explica 23.98% da variância dos resultados. A este componente atribuímos a designação de *Impulso/Hiperactividade*, na medida em que o conteúdo dos itens (Quadro 3.) nos remete para aspetos semânticos relacionados com as questões da hiperactividade tal como vem descrita na DSM-IV-R (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2006).

**Quadro 3. Itens constituintes do componente *Impulso/Hipercinésia***

---

*Impulso/Hipercinésia*

---

Item	Conteúdo do item
1	Faço coisas sem pensar nas consequências.
2	Os outros dizem que ando “a mil há hora”.
3	Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.
4	Perco a paciência muitas vezes.
5	Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.
8	Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.
10	Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.
11	Para mim é difícil ficar quieto.
12	Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex: álcool, comida, jogo).
14	Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.
16	É difícil esperar numa fila.

---

O componente 2 engloba 4 itens no total (6, 9, 13, 15) e explica 12.07% da variância dos resultados. A este componente atribuímos a designação de *Auto-controlo do impulso*, na medida em que o conteúdo dos itens, nos remete no geral para aspectos relacionados com a capacidade de controlo do impulso (Quadro 4.)

**Quadro 4. Itens constituintes do componente *Auto-crontolo do impulso***

---

*Auto-controlo*

---

Item	Conteúdo do item
6	Termino as tarefas que começo
9	Gosto de planear o que faço com tempo.
13	Sou cuidadoso (a).
15	É fácil concentrar-me.

---

O componente 3 é constituído apenas por um item (7 – ‘É difícil para mim controlar as emoções’) e explica 7.55% da variância dos resultados. Como se constata no Quadro 2., o

item 7 apresenta saturação em mais do que um componente, por isso, e porque semanticamente faz sentido, decidimos inclui-lo no componente 1.

Forçando a análise fatorial à obtenção de dois componentes para o fator Impulso o item 7 fica reunido assim ao primeiro componente. Estatisticamente esta opção é igualmente satisfatória e teoricamente parece uma melhor solução.

Com base nestes resultados podemos afirmar que o fator Impulso originou dois componentes. Tendo em consideração cada um dos componentes obtidos no fator Impulso isoladamente, verificámos que este apresenta uma estrutura consistente (cf. Quadro 5.). O alfa de *Cronbach* para o primeiro componente é de .79 e para o segundo componente é de .63, sendo estes valores satisfatórios. Estes resultados permitem-nos afirmar que esta escala, ao nível do fator Impulso, se aproxima dos critérios de fidelidade exigidos.

**Quadro 5. Coeficientes de Alfa de *Cronbach* para cada um dos componentes do fator Impulso da escala QIAIS-A**

<b>Componentes</b>	<b>Ítems</b>	<b>Alfa de <i>Cronbach</i></b>
Impulso/Hipercinésia	1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 16	.789
Controlo do Impulso	6, 9, 13, 15	.625

Seguidamente, procedeu-se a uma Análise de Componentes Principais para o fator Auto-dano. Para esta dimensão, a medida de equação de Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0.901 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $\chi^2 = 10740.250$ ;  $p = .000$ ), o que revela uma boa adequação da amostra. Emergiram três componentes, os quais explicavam 63.92% da variância total do fator Auto-dano.

No Quadro 6., apresentamos os valores encontrados aquando da Análise de Componentes Principais seguida de Rotação *Varimax* do fator Auto-dano que constitui a QIAIS-A.

**Quadro 6. Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax) do fator Auto-dano na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)**

Itens	Componente1	Componente 2	Componente 3
1	.830		
2	.754		
3	.827		
4	.781		
5	.648	.474	
6		.718	
7		.655	
8		.818	
9			.806
10			.765
11		.531	.414
12		.726	.249
13			.580
14			.579
% variância	43.19	12.47	8.25
% cumulativa	43.19	55.66	63.92

A análise do Quadro 6. revela que os três componentes retidos explicam 63.92% da variância total do fator Auto-dano.

O componente 1 engloba 5 itens (1, 2, 3, 4, 5) e explica 43.19% da variância dos resultados. O componente 2 engloba igualmente 5 itens (6, 7, 8, 11, 12) e explica 12.47% da variância dos resultados. O componente 3 engloba 4 itens (9, 10, 13, 14) e explica 8.25% da variância dos resultados.

Como se constata no Quadro 6., o item 5 do fator Auto-dano apresenta saturação em mais do que um componente, por isso, e porque semanticamente faz sentido, decidimos incluí-lo no componente 2 (Quadro 7.). Assim, ao componente 1 atribuímos a designação de *Auto-dano propriamente dito*, na medida em que o conteúdo semântico dos itens, nos remetem para o auto-dano do indivíduo sem recurso a objetos.

---

**Quadro 7. Itens constituintes do componente *Auto-dano propriamente dito***

---

*Auto-dano propriamente dito*

---

Item	Conteúdo do item
1	Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito.
2	Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).
3	Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito.
4	Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito. (almofada, por exemplo).

---

Os itens 11 e 12 do fator Auto-dano apresentam também saturação em mais do que um componente (Quadro 6.), por isso, e porque semanticamente faz sentido, decidimos inclui-los no componente 3. Apesar da saturação do item 12 ser bastante mais baixa no componente 3, optamos por esta solução uma vez que o item (‘Abuso de laxantes’) nos remete para comportamentos associados à anorexia nervosa (DSM-IV-R, 2006), e não para comportamentos com a intenção de auto-dano. Também os autores Fliege, Lee, Grimm e Klapp (2009) não incluem, na sua revisão de fatores de risco para o auto-dano, os distúrbios alimentares e o abuso de substâncias, pois podem indicar que co-ocorrem com auto-dano outras perturbações psicopatológicas.

Sendo assim, ao componente 2 atribuímos a designação de *Auto-dano com recurso a objetos* (Quadro 8.), na medida em que o conteúdo dos itens nos remetem, no geral, para a auto-lesão com apoio de objetos.

**Quadro 8. Itens constituintes do componente *Auto-dano com recurso a objetos***

---

*Auto-dano com recurso a objetos*

---

Item	Conteúdo do item
5	Corto certas partes do meu corpo de propósito. (com lâminas, tesouras, facas, x-acto, etc.).
6	Queimo certas partes do meu corpo de propósito. (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).
7	Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo de propósito.
8	Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.

---

Ao componente 3 atribuímos a designação de *Auto-dano associado a comportamentos de risco* (Quadro 9.), na medida em que o conteúdo semântico dos itens se encontra relacionado com os comportamentos auto-lesivos que podem não ter uma intenção consciente de auto-dano, estando mais associados a comportamentos de risco que podem ser levados a cabo apenas por exploração ou influência do meio (Feijó & Oliveira, 2001).

**Quadro 9. Itens constituintes do componente *Auto-dano associado a comportamentos de risco***

---

*Auto-dano associado a comportamentos de risco*

---

Item	Conteúdo do item
9	Abuso excessivamente de álcool.
10	Abuso excessivamente de drogas leves.
11	Abuso excessivamente de medicação (para ficar “mocado”).
12	Abuso de laxantes.
13	Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).
14	14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem proteção, etc.).

---

A análise fatorial resultou na obtenção de três componentes para o fator Auto-dano, sendo que o item 5 fica reunido assim ao segundo componente, e os itens 11 e 12 ao terceiro componente. Estatisticamente esta opção é igualmente satisfatória e teoricamente é uma melhor solução.

Com base nestes resultados podemos afirmar que o fator Auto-dano originou três componentes. Tendo em consideração isoladamente cada um dos componentes obtidos no fator Auto-dano, verificámos que este apresenta uma estrutura consistente (Quadro 10.). O alfa de *Cronbach* para o primeiro componente é .87, para o segundo componente de .82 e para o terceiro componente de .77, sendo estes valores satisfatórios e permitindo-nos afirmar que esta escala, ao nível do fator Auto-dano apresenta os critérios de fidelidade exigidos.

**Quadro 10. Coeficientes de alfa de *Cronbach* para cada um dos componentes do fator Auto-dano da escala QIAIS-A**

Componentes	Itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
Auto-dano próprio	1, 2, 3, 4	.87
Auto-dano com recurso a objetos	5, 6, 7, 8	.82
Auto-dano associado a comportamentos de risco	9, 10, 11, 12, 13, 14	.77

Finalmente, procedeu-se a uma Análise de Componentes Principais para o fator Ideação suicida, a medida de equação de Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0.715 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $x^2 = 1698.346$ ;  $p = .000$ ), o que revela uma boa adequação da amostra. Emergiu um componente, o qual explica 73.65% da variância total do fator Ideação suicida. No Quadro 11. apresenta-se os itens constituintes do componente *Ideação suicida*.

**Quadro 11. Itens constituintes do componente *Ideação suicida***

<i>Ideação suicida</i>	
Item	Conteúdo do item
1	Já houve alturas em que pensei que me queria matar.
2	Há alturas em que penso que não tenho futuro nem saída.
3	Há alturas em que gostava de desaparecer.

O componente obtido apresenta uma estrutura consistente, sendo o alfa de *Cronbach* para o fator ideação suicida de .82, valor considerado bom, permitindo-nos dizer que esta escala, ao nível do fator Ideação suicida apresenta os critérios de fidelidade exigidos.

No Quadro 12. podemos verificar as correlações observadas entre os componentes emergidos dos fatores Impulso, Auto-dano e Ideação suicida da QIAIS-A.

**Quadro 12. Correlações entre os componentes da escala na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)**

QIAIS-A	Controlo do impulso	Auto-dano próprio	Auto-dano c/ recurso a objetos	Auto-dano associado a comp. de risco	Ideação suicida
Impulso/Hipercinésia	.160**	.296**	.221**	.375**	.307**
Controlo do impulso		.124**	.086**	.132**	.149**
Auto-dano propriamente dito			.517**	.336**	.328**
Auto-dano com recurso a objetos				.307**	.227**
Auto-dano associado a comportamentos de risco					.146**

\*\*p<.01

Como se pode constar no Quadro 12., existem correlações significativas entre os fatores, as quais são, quase na sua totalidade fracas. A correlação entre o *Auto-dano propriamente dito* e o *Auto-dano com recurso a objetos*, é a única onde se observa uma correlação moderada ( $r=.517$ ), seguida da correlação entre o *Auto-dano propriamente dito* e o *Auto-dano associado a comportamentos de risco* ( $r=.336$ ) e a *Ideação suicida* ( $r=.328$ ).

O fator *Impulso/Hipercinésia* apresenta correlações mais elevadas, ainda que fracas, com o fator *Auto-dano associado a comportamentos de risco* ( $r=.375$ ) e o fator *Ideação suicida* ( $r=.307$ ).

No Quadro 13., estão apresentadas as correlações entre os componentes emergidos dos fatores Impulso, Auto-dano e Ideação suicida e o total (33 itens) da QIAIS-A.

**Quadro 13. Correlações entre os componentes e o total da escala na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)**

QIAIS-A	Total (33 itens)
Impulso/Hipercinésia	.873**
Controlo do impulso	.427**
Auto-dano próprio	.507**
Auto-dano com recurso a objetos	.397**
Auto-dano associado a comportamentos de risco	.513**
Ideação suicida	.545**

Verifica-se a existência de correlações significativas entre os componentes emergidos dos fatores Impulso, Auto-dano e Ideação suicida e o total (33 itens) da QIAIS-A, variando entre .397 para o componente *Auto-dano com recurso a objetos* e .873 para o componente *Impulso/Hipercinésia*, sendo, na sua maioria, correlações moderadas.

No Quadro 14. sintetizam-se os resultados das correlações existentes entre os fatores e o total (33 itens) da QIAIS-A.

**Quadro 14. Correlações entre os fatores e o total da escala na amostra de adolescentes do ensino secundário (n=1605)**

QIAIS-A	Auto-dano	Ideação suicida	Total (33 itens)
Impulso	.436**	.317**	.924**
Auto-dano		.300**	.640**
Ideação suicida			.545**

Constata-se a existência de correlações significativas entre os fatores e o total (33 itens) da QIAIS-A, de magnitude fraca (quando as correlações estão entre .2 e .3), moderada (quando as correlações estão entre .4 e .69) e muito forte (quando as correlações estão entre .9 e 1) (Maroco, 2003).

### 3.1.2.1. Consistência interna e propriedades dos itens

Iniciando pela análise descritiva dos resultados da QIAIS-A verificámos, pelo Quadro 15., que o fator Impulso apresenta, para a maioria dos itens da escala, valores que rondam 1 valor (na escala de 0 a 3). Esta pontuação pode ser confirmada pela média obtida para o total do fator que foi de 17,82 (com um desvio-padrão de 6.30), e que dividida pelos 16 itens que compõem o fator impulso, se traduz num resultado médio de 1,11.

A obtenção de um valor médio perto de *um* (1) no que respeita ao impulso (correspondente a *Acontece-me algumas vezes*), permite-nos dizer que esta população de 1605 adolescentes apresenta, no geral, pouca impulsividade. Há, no entanto, uma exceção em relação ao item 10 do fator Impulso (“Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor”) cuja média ronda os zero.

As correlações de cada item e o total (33 itens) da QIAIS-A, são na grande maioria moderadas, sendo a mais baixa de .240 para o item 9 do fator Impulso e a mais elevada de .571 para o item 14 do fator Impulso.

O alfa de *Cronbach* do total da escala (33 itens) é de .85. Quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, mantém-se entre .84 e .85, sendo incrementado para .86 pela remoção do item 9 do fator Impulso. Sendo esse incremento ligeiro, e o seu conteúdo semântico considerado importante, opta-se por mantê-lo na estrutura fatorial. A escala tem, portanto, uma boa consistência interna.

Os Quadros 15., 16. e 17. descrevem para cada fator, a média e o desvio padrão para cada item que o constitui, bem como a correlação entre o item e o total do fator em que se insere. O alfa de *Cronbach* é apresentado no título do respetivo quadro. O alfa de *Cronbach* do total do fator se o item fosse removido, é também apresentado na última coluna.

**Quadro 15. Propriedades dos itens do fator Impulso ( $\alpha=.77$ )**

Item	M	DP	R	$\alpha$
1	1.25	.748	.594**	.74
2	1.10	.853	.464**	.75
3	1.19	.935	.536**	.75
4	1.37	.838	.552**	.74
5	1.32	.839	.579**	.74
6	1.01	.755	.408**	.77
7	1.39	.886	.525**	.76
8	.78	.823	.373**	.75
9	1.29	.894	.493**	.77
10	.21	.544	.567**	.76
11	1.20	.943	.592**	.75
12	.84	.906	.473**	.74
13	1.05	.785	.326**	.76
14	.89	.815	.289**	.74
15	1.54	.798	.419**	.77
16	1.39	.948	.258**	.75

\*\*p<.01

O fator Impulso apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* razoável ( $\alpha=.77$ ). O item 9 e 15, se removidos incrementariam muito ligeiramente a consistência interna do mesmo. As correlações entre os 16 itens que constituem a escala e o seu total varia entre .258 e .594, tratando-se de valores de magnitude fraca (quando as correlações estão entre .2 e .3) e moderada (quando as correlações estão entre .4 e .69) (Maroco, 2003).

No Quadro 16. são apresentadas as propriedades dos itens do fator Auto-dano. Na totalidade dos itens do fator verificam-se valores que rondam os 0 (na escala de 0 a 3). Esta pontuação pode ser confirmada se atendermos à média obtida para o total que foi de 2.06 (com um desvio-padrão de 4.111) e que dividida pelos 14 itens que compõem o fator Auto-dano, se traduzem num resultado médio de 0.14.

A obtenção de um valor médio perto de zero no que respeita ao auto-dano (correspondente a *Nunca acontece comigo*), permite-nos dizer que esta população de 1605 adolescentes apresenta, no geral, muito pouco auto-dano.

**Quadro 16. Propriedades dos itens do fator Auto-dano ( $\alpha=.88$ )**

Item	M	DP	R	$\alpha$
1	.20	.533	.595**	.87
2	.16	.469	.543**	.87
3	.19	.533	.571**	.87
4	.27	.619	.647**	.87
5	.12	.476	.458**	.87
6	.07	.344	.368**	.87
7	.06	.318	.354**	.87
8	.04	.264	.310**	.87
9	.33	.625	.665**	.88
10	.19	.561	.511**	.88
11	.10	.418	.406**	.87
12	.05	.295	.329**	.87
13	.15	.498	.440**	.88
14	.12	.430	.448**	.88

O fator *Auto-dano* apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* bom ( $\alpha=.88$ ), não sendo a sua consistência interna afetada pela remoção de nenhum dos itens que o integram. As correlações entre o item e o total do fator variam entre .310 e .665, considerando-se estes valores de magnitude fraca (quando as correlações estão entre .2 e .3) e moderada (quando as correlações estão entre .4 e .69).

No Quadro 17. são apresentadas as propriedades dos itens do fator *Ideação suicida*. Na maioria destes itens verificam-se valores que rondam o 1, (na escala de 0 a 3). Esta pontuação pode ser confirmada se atendermos à média obtida para o total do fator, que foi de 2.54 (com um desvio-padrão de 2.208), e que dividida pelos 3 itens que compõem o fator *ideação suicida* se traduz num resultado médio de 0.84. Há, no entanto, uma exceção em relação ao item 1 do fator *ideação suicida* (“Já houve alturas em que pensei que me queria matar”) cuja média ronda os zero.

A obtenção de um valor médio perto de *um* (1) no que respeita à *ideação suicida auto-dano* (correspondente a *Acontece-me algumas vezes*), permite-nos dizer que, esta população de 1605 adolescentes apresenta, no geral, alguma *ideação suicida*.

**Quadro 17. Propriedades dos itens do fator Ideação suicida ( $\alpha=.82$ )**

Item	M	DP	R	$\alpha$
1	.52	.754	.763**	.79
2	.88	.880	.847**	.73
3	1.15	.934	.889**	.73

O alfa de *Cronbach* do fator Ideação suicida é considerado bom ( $\alpha= .82$ ). Nenhum dos itens faria incrementar a consistência interna deste fator se removido. As correlações entre os 3 itens que constituem esta escala e o seu total variam entre .763 e .889, tratando-se de valores de magnitude forte.

No Quadro 18. sintetizam-se os resultados para os estudos de consistência interna da escala, apresentando o número de itens que constituem cada um dos fatores, as estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e os coeficientes alfa de cada fator e do total da escala.

**Quadro 18. Estatísticas descritivas e alfa de *Cronbach* para os fatores e total (33 itens) da escala (n=1606)**

Fator	nº itens	M	DP	$\alpha$
Impulso	16	17.82	6.300	.77
Auto-dano	14	2.06	4.111	.88
Ideação suicida	3	2.54	2.208	.82
Total (33 itens)	33	22.40	9.704	.85

O alfa de *Cronbach* para o fator Impulso é considerado razoável ( $\alpha=.77$ ), para o fator Auto-dano ( $\alpha=.88$ ) e Ideação suicida ( $\alpha=.82$ ) é considerado bom. O alfa de *Cronbach* do total (33 itens) da escala considera-se bom ( $\alpha=.85$ ).

## 3.2. Estudo de validade convergente e divergente

### 3.2.1. Validade convergente

#### Correlações da QIAIS-A com a RTSHIA

Como já referido atrás, a RTSHIA engloba no fator Auto-dano, quer os comportamentos suicidas, quer as funções associadas ao auto-dano, bem como itens relativos às consequências do auto-dano. Assim, decidiu-se seleccionar apenas os itens relativos ao auto-dano propriamente dito para análise e que viessem ao encontro da definição de auto-dano defendida neste estudo, a saber, comportamento direto que causa uma ligeira a moderada lesão física, realizada sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada (Mangnall & Yurkovich, 2008). Sendo assim, foram excluídos do fator auto-dano da RTSHIA os itens 23, 25, 27, 28, 29, 32, 33 e 34, para uma melhor e mais fidedigna correlação com o auto-dano da QIAIS-A.

Para análise de correlação entre a ideação suicida e comportamentos suicidas consideraram-se os itens 32 e 33 da RTSHIA.

No módulo B da QIAIS-A, relativo ao auto-dano, emergiram três componentes (*Auto-dano propriamente dito*, *Auto-dano com recurso a objetos*, *Auto-dano associado a comportamentos de risco*), no entanto, nas análises seguintes, optamos por reunir os dois primeiros componentes (*Auto-dano propriamente dito*, *Auto-dano com recurso a objetos*) dado que estes se referem ao auto-dano propriamente dito. À junção destes dois componentes atribuímos a designação de *Auto-dano*. Sendo assim, e dado que os comportamentos de risco já têm sido amplamente estudados, a análise dos comportamentos de auto-dano é realizada com base em dois grupos: o *auto-dano* (que engloba os comportamentos de *Auto-dano propriamente dito* e *Auto-dano com recurso a objetos*) e o *Auto-dano associado a comportamentos de risco* (relativo ao terceiro componente). Deste modo pretendemos separar os adolescentes propensos a correr riscos dos adolescentes que praticam auto-dano, de modo a não contaminar a definição de auto-dano defendida neste estudo.

Pela observação do Quadro 19. pode-se verificar existência de correlações significativas de magnitude moderada entre os fatores da QIAIS-A e os fatores da RTSHIA.

**Quadro 19. Correlações entre fatores da QIAIS-A e fatores da RTSHIA na amostra de adolescentes do ensino secundário**

QIAIS-A	RTSHIA (auto-dano)	RTSHIA (correr riscos)	RTSHIA (comp. suicidas)
Auto-dano	.609**		
Comportamentos de risco		.545**	
Ideação suicida			.583**

**\*\*p <.01**

As correlações são de .609 entre o fator Auto-dano (*Auto-dano próprio, Auto-dano com recurso a objetos*) da QIAIS-A e o fator Auto-dano da RTSHIA, .545 entre o fator *Auto-dano associado a comportamentos de risco* da QIAIS-A e o fator correr riscos da RTSHIA e .583 entre o fator ideação suicida da QIAIS-A e o fator comportamentos suicidas da RTSHIA.

### **3.2.2. Validade divergente**

#### **Correlações da QIAIS-A com MCAI-A**

No Quadro 20. pode constatar-se a existência de correlações negativas entre os fatores e o total da QIAIS-A (33 itens) e o total da MCAI-A. As correlações encontram-se no sentido de associação esperado, sendo que maiores pontuações na QIAIS-A se correlacionam com menores pontuações no total da MCAI-A.

**Quadro 20. Correlações entre os fatores e total da QIAIS-A e o total da MCAI-A na amostra de adolescentes do ensino secundário**

QIAIS-A	MCAI-A Total
Impulso	-.241**
Auto-dano	-.206**
Ideação suicida	-.421**
Total QIAIS-A (33 itens)	-.335**

\*\*p < .01

Na amostra por nós estudada, estes valores de correlação com o total da MCAI-A, revelam-se fracos no caso do fator Auto-dano ( $r = -.206$ ), Impulso ( $r = -.241$ ) e total da QIAIS ( $r = -.335$ ), e moderado no caso do fator Ideação suicida ( $r = -.421$ ).

### 3.3. Consistência interna e propriedades dos itens do fator Funções do auto-dano

O Quadro 21., sintetiza as propriedades dos itens que constituem o fator Funções, a média e o desvio-padrão de cada item, bem como a correlação entre o item e o total do fator em que se insere. Na última coluna do quadro, apresenta-se o alfa de *Cronbach* do total do fator se o item em causa fosse removido.

**Quadro 21. Propriedades dos itens do fator Funções ( $\alpha = .94$ )**

Item	M	DP	R	$\alpha$
1	.18	.387	.698**	.94
2	.04	.196	.373**	.93
3	.04	.204	.394**	.93
4	.06	.240	.461**	.93
5	.14	.346	.678**	.93
6	.10	.305	.556**	.93
7	.03	.178	.348**	.93
8	.09	.287	.545**	.93
9	.10	.294	.588**	.93
10	.05	.222	.428**	.93
11	.11	.311	.617**	.93

12	.13	.342	.676**	.93
13	.12	.331	.649**	.93
14	.03	.164	.306**	.93
15	.06	.234	.460**	.93
16	.03	.164	.308**	.93
17	.03	.176	.344**	.93
18	.03	.174	.342**	.93
19	.05	.221	.429**	.93
20	.07	.248	.481**	.93
21	.07	.252	.503**	.93
22	.03	.158	.303**	.93
23	.10	.294	.557**	.93
24	.02	.147	.268**	.94
25	.02	.153	.303**	.93
26	.06	.239	.468**	.93
27	.06	.233	.462**	.93
28	.06	.243	.483**	.93
29	.04	.189	.356**	.93
30	.06	.234	.444**	.93
31	.03	.158	.296**	.93

O alfa de *Cronbach* do total do fator Funções é muito bom ( $\alpha=.94$ ). Quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, mantém-se entre .931 e .935, não sendo incrementada a consistência interna do fator por remoção de nenhum item que constitui o fator. Trata-se portanto de uma escala com elevada consistência interna<sup>3</sup>.

As correlações entre os 31 itens que constituem a escala e o total do fator variam entre .268 e .698, tratando-se de valores de magnitude fraca (quando as correlações estão entre .2 e .3) e moderadas (quando as correlações estão entre .4 e .69) (Maroco, 2003).

#### 4. Discussão

O foco principal deste estudo é a validação do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), tendo sido estabelecidos como objetivos mais específicos estudar a dimensionalidade da escala e avaliar a existência de relação da QIAIS-A com outras medidas convergentes (*The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents* – RTSHIA) e divergentes (Memórias de Calor e Afeto na Infância – Versão para adolescentes – MCAI-A).

<sup>3</sup> De acordo com Maroco (2003), alfas superiores a .9 são considerados muito bons, entre .8 e .9 são considerados bons, entre .7 e .8 são considerados razoáveis e inferiores a .7 considerados fracos.

Neste sentido, todos os estudos de validação foram realizados numa amostra de 1605 adolescentes, alunos do ensino secundário das escolas da ilha de São Miguel.

Saliente-se que foi possível a realização de todos os estudos inicialmente previstos.

### *Dimensionalidade da escala*

O Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) contempla 64 itens, os quais se encontram distribuídos por quatro módulos, denominados de *impulso*, *auto-dano*, *funções do auto-dano* e *ideação suicida*, em função do conteúdo semântico dos mesmos. Na análise fatorial anteriormente apresentada foi excluído o fator referente às *funções do auto-dano* (módulo C da QIAIS-A), uma vez que os itens nele considerados de resposta nominal.

Sendo assim, a análise fatorial do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) contempla 33 itens.

No sentido de estudar a estrutura fatorial da escala foi realizada uma análise fatorial exploratória numa amostra de 1605 adolescentes das escolas da ilha de São Miguel. A variância total foi considerável. Os fatores encontrados explicavam a maior parte da variância, o que veio confirmar a nossa hipótese de que (H 1.1.1.) os fatores encontrados explicam a maior parte da variância. Verificou-se que a percentagem da variância explicada por cada um dos fatores não se dividia de forma parcimoniosa, como esperado (H1.1.1.), uma vez que a QIAIS-A mede diferentes aspetos dos comportamentos auto-destrutivos. Sendo assim, procedeu-se à análise fatorial para cada um dos fatores que constituem a QIAIS-A (Impulso, Auto-dano e Ideação suicida).

Do fator Impulso emergiram dois componentes (*Impulso/Hipercinésia*, *Auto-controlo do impulso*), do fator Auto-dano emergiram três componentes (*Auto-dano propriamente dito*, *Auto-dano com recurso a objetos*, *Auto-dano associado a comportamentos de risco*) e do fator Ideação suicida um componente. Uma vez que semântica e teoricamente estes componentes fazem sentido, pode-se concluir que a estrutura fatorial encontrada se revela adequada. Desta forma a percentagem da variância explicada por cada fator distribuiu-se de forma mais parcimoniosa.

A escala revelou bons indicadores psicométricos, o que está de acordo com a nossa hipótese (H1.1.2. O instrumento utilizado apresenta boas qualidades psicométricas no que

diz respeito à consistência interna.). O instrumento utilizado apresenta boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna, do ponto de vista da validade, dado que o total e os fatores apresentam bons índices de consistência interna. As correlações entre os fatores e o total revelam-se, na sua maioria, de magnitude moderada, sendo a magnitude forte no caso do fator *Impulso/Hipercinésia*, confirmando a nossa hipótese de que (H1.1.3.) as correlações entre os fatores e o total são de magnitude considerável.

As correlações entre os fatores revelaram a existência de uma relação espectral uma vez que o *auto-dano* apresenta uma correlação mais elevada com o *impulso* (Claes et al., 2010; Simeon et al., 1992 cit. in Janis & Nock, 2009; Madge et al., 2011) do que a *ideação suicida*. Este resultado pode dever-se ao facto de estarmos a estudar a ideação suicida e não a tentativa de suicídio, a qual, provavelmente, se mostraria mais relacionada com a impulsividade do que a ideação suicida que se refere apenas a pensamentos.

Embora, o fator Impulso apresente correlações mais elevadas com o fator *Auto-dano associado a comportamentos de risco* e com o fator *Ideação suicida*, do que com o *auto-dano propriamente dito* ou *com recurso a objetos*. Estes resultados sugerem que a literatura, quando indica a impulsividade como fator de risco do auto-dano (Claes et al., 2010; Simeon et al., 1992 cit. in Janis & Nock, 2009; Madge et al., 2011), poderá estar a considerar esse auto-dano misturado com comportamentos de auto-dano associado a comportamentos de risco e com comportamentos suicidas.

O facto das correlações do fator Impulso com os outros fatores serem, ainda assim, baixas, pode prender-se com o facto de a impulsividade do indivíduo aparecer apenas no momento do ato, o que vem de acordo com Castro (2002 cit. in Duque & Neves, 2004) quando se refere à ‘auto-mutilação impulsiva’, como um ato em que o sujeito perante “uma situação de tensão, conflito ou frustração” ou após um aglomerar de angústia e agitação, exterioriza uma descarga motora, através de comportamentos de auto-dano, fazendo, assim, um uso impróprio dos impulsos agressivos (p.217).

A correlação entre *auto-dano* e *ideação suicida* foi significativa, mas fraca. As correlações de cada item e o total do fator da QIAIS-A a que pertencem foram na grande maioria moderadas, corroborando a nossa hipótese (H.1.1.3. As correlações entre os itens e o total são de magnitude considerável). A magnitude das correlações não foram maiores

devido à grande abrangência e diversidade de comportamentos avaliada por cada um dos fatores da QIAIS-A.

O alfa de *Cronbach* do total da escala (33 itens) apresentou-se forte, tendo a mesma, portanto, uma boa consistência interna. Os resultados mostraram-se favoráveis à adequação do instrumento.

A análise fatorial dos três fatores constituintes da escala QIAIS-A (Impulso, Auto-dano e Ideação suicida) foi útil, sobretudo, na explicitação dos agrupamentos de itens, permitindo-nos reconhecer a existência de componentes subjacentes a cada um deles. Desta forma obteve-se uma medida mais completa do que as disponíveis até ao momento, na medida em que a estrutura fatorial traduz uma maior complexidade subjacente à componente comportamental, introduzindo o fator impulso e as funções do auto-dano, para além de separar de forma clara os comportamentos de auto-dano, dos comportamentos de risco e dos comportamentos suicidas, sendo o propósito deste instrumento de auto-resposta avaliar os comportamentos de auto-dano dos adolescentes, aqui entendidos como comportamentos diretos que causa uma ligeira a moderada lesão física, realizada sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada (Mangnall & Yurkovich, 2008).

A existência da QIAIS-A (Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência) constitui uma mais-valia atendendo à complexidade subjacente dos comportamentos auto-destrutivos. Os componentes emergidos de cada fator são relevantes do ponto de vista conceptual e porque permitem obter um indicador completo dos comportamentos auto-destrutivos, ou seja, permitem conhecer a relação entre o impulso, o auto-dano e a ideação suicida.

Dado serem comportamentos escondidos pelo jovem (Williams & Bydalek, 2007), este tipo de questionário de auto-resposta faz-se fundamental para a avaliação e compreensão da problemática em causa, sendo a QIAIS-A uma medida importante neste âmbito.

#### *Relação com outras medidas convergentes e divergentes*

Os estudos de validade convergente revelam a existência de correlações significativas e de magnitude moderada entre os fatores da QIAIS-A e os fatores da RTSHIA (The Risk-

Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents; Vrouva I., 2010), corroborando a hipótese (H1.2.) de que as duas escalas medem constructos similares, pelo que pontuações mais elevadas na QIAIS-A correspondem a pontuações mais altas na RTSHIA. Ambas as escalas avaliam os comportamentos auto-destrutivos.

Contudo, as correlações mais expressivas verificam-se entre o auto-dano da QIAIS-A e o auto-dano da RTSHIA. Saliente-se que o auto-dano aqui considerado na avaliação dos resultados da RTSHIA não é o auto-dano que a escala original aconselha, mas sim todos os itens de auto-dano que estão de acordo com a definição de auto-dano defendida neste estudo. Foram retirados os itens 23, 25, 27, 28, 29, 32, 33 e 34 da RTSHIA, que no nosso entender não faziam parte da definição de auto-dano. Em relação ao fator ideação suicida, foram considerados na RTSHIA os itens 32 e 33. Desta forma, constatam-se uma maior sobreposição dos constructos avaliados.

No que concerne às correlações entre os fatores da QIAIS-A e o total da MCAI-A (Memórias de Calor e Afeto na Infância – Versão para adolescentes; Barreto Carvalho, C., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, 2012), verifica-se a existência de correlações negativas, ou seja, maiores pontuações nos fatores da QIAIS-A correspondem a menores pontuações na MCAI-A, corroborando a nossa hipótese (H 1.3.). Apesar de se apresentarem no sentido esperado, estas correlações são fracas, sendo a única moderada entre a ideação suicida da QIAIS-A e o total da MCAI-A. Salienta-se que a MCAI-A mede o bem-estar no adolescente, sugerindo que quanto maior o bem-estar, menor a ocorrência de ideação suicida.

Estes resultados podem ficar a dever-se ao facto de a MCAI-A medir experiências de calor e afeto na infância, sendo esta apenas um dos fatores que a literatura refere como fator protetor da ocorrência de auto-dano (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons 2004). Assim sendo, esta escala não abrange todos os aspetos que possam contrariar o auto-dano, ou seja, todos os divergentes do auto-dano. A sua escolha ficou a dever-se, por um lado, ao facto de os fatores protetores do auto-dano ainda não serem completamente conhecidos, não facilitando a validação divergente do constructo, por outro, ao conhecimento de importância do afeto enquanto potenciador de bem-estar e de segurança do adolescente.

Assim, estes resultados têm implicações práticas do ponto de vista do desenho de programas de intervenção nas escolas, mostrando a necessidade de desenvolver e promover estratégias que permitam um maior bem-estar nos adolescentes, a fim de evitar a ocorrência de comportamentos auto-destrutivos.

#### *Limitações e potencialidades do estudo*

Faz-se importante enumerar algumas limitações da presente investigação que possam ter comprometido a interpretação dos resultados obtidos.

Dado tratar-se de uma população adolescente, a utilização de um protocolo de investigação extenso pode ter-se constituído fator de fadiga, contribuindo para a perda de motivação. Contudo, esta limitação foi controlada ao máximo na medida em que todos os alunos tinham à sua disposição dois técnicos, com vista a esclarecer possíveis dúvidas de compreensão e preenchimento.

A população de idades mais baixas é outro aspeto relacionado com a limitação referente à nossa amostra uma vez que esta é constituída apenas por adolescentes de idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, o que não permite generalizar os dados aos adolescentes de todas as idades.

Seria também interessante transformar o módulo C (funções do auto-dano) da QIAIS-A de modo a que deixe de ser uma variável nominal e, assim, possa entrar na análise fatorial da mesma, uma vez que as funções são fundamentais para perceber o que pretende o adolescente ao se envolver em comportamentos de auto-dano. Fazer o re-teste da escala seria igualmente uma mais-valia.

Por fim, é aqui importante realçar que os estudos apresentados nesta dissertação contribuem, claramente, para a disponibilização de um instrumento de auto-resposta válido, o qual apresentou bons indicadores psicométricos do ponto de vista da validade.

A existência deste questionário de medida revela-se de especial importância, dadas as lacunas existentes nos instrumentos construídos e a não existência de instrumentos portugueses. A QIAIS-A constitui-se como uma medida de avaliação de comportamentos de auto-dano e ideação suicida, e permitirá ter um conhecimento mais completo e sistematizado sobre este tipo de comportamentos na adolescência.

## 5. Conclusões

O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo a validação da QIAIS-A numa amostra de adolescentes. Fez-se necessária a existência de uma medida que pudesse avaliar os comportamentos de auto-dano, as suas funções e a ideação suicida, como comportamentos específicos da população a que se destina.

Os objetivos foram alcançados, pois os resultados obtidos quanto às qualidades psicométricas apontam para a adequação do instrumento.

A QIAIS-A revelou possuir uma boa consistência interna, quer para os seus fatores [fator *Auto-dano* ( $\alpha = .88$ ), quer para o fator *Ideação suicida* ( $\alpha = .82$ )], quer para o total de 33 itens ( $\alpha = .85$ ) e o total de 64 itens ( $\alpha = .90$ ) da escala. O fator *Impulso* revelou razoável consistência interna ( $\alpha = .77$ ), e o fator *Funções do auto-dano* revelou muito boa consistência interna ( $\alpha = .94$ ).

Os estudos da validade convergente e divergente, bem como a análise do poder discriminativo do instrumento, revelaram também resultados favoráveis à adequabilidade do mesmo. Neste sentido, através da análise de todos os resultados encontrados neste estudo, é possível concluir que o Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A) constitui uma medida válida, permitindo avaliar os comportamentos de auto-dano e respetivas funções assim como a ideação suicida. A importância desta escala prende-se com a possibilidade da mesma fornecer indicadores de comportamentos de auto-dano e ideação suicida, permitindo conhecer melhor estes comportamentos nos adolescentes e assim desenvolver programas de intervenção, no âmbito escolar, baseados em dados mais fidedignos e reais.

**Capítulo III**  
***Estudo 2***  
**Auto-dano e Ideação Suicida na População Adolescente**

### **CAPÍTULO III – *Auto-dano e Ideação Suicida na População Adolescente***

#### **1. Objetivos**

O objetivo geral e principal deste estudo é identificar a presença de comportamentos auto-destrutivos – comportamentos de auto-dano e ideação suicida – em adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, da população em geral (não-clínica), da ilha de São Miguel – Açores e ainda, caracterizar os adolescentes da amostra com e sem comportamentos de auto-dano e ideação suicida e, ainda, identificar quais as variáveis mais associadas a esses comportamentos.

Os **objetivos específicos** são:

*1. Caracterizar os comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra em estudo em função das variáveis sociodemográficas:*

- 1.1. género;
- 1.2. idade;
- 1.3. nível de ensino;
- 1.4. reprovação académica;
- 1.5. nível de rendimento dos pais;
- 1.6. satisfação na escola;
- 1.7. satisfação na família;

*2. Relacionar os comportamentos de auto-dano e ideação suicida com outras variáveis referidas na literatura*

2.1. Avaliar a existência de correlações significativas entre o auto-dano e ideação suicida e os sintomas psicopatológicos - avaliados pela EADS (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress– versão portuguesa para adolescentes).

2.2. Avaliar a existência de correlações significativas entre o auto-dano e a ideação suicida e o auto-criticismo - avaliados pela EFACT (Escala de Formas de Auto-Criticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante).

2.3. Avaliar a existência de correlações significativas entre a o auto-dano e ideação suicida e a raiva - avaliados pela AQ (Escala da Raiva).

2.4. Avaliar a existência de correlações significativas entre a o auto-dano e ideação suicida e os estilos parentais – avaliados pela CECA-Q (*Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire*)

Na persecução dos objetivos específicos delineados para cada um dos estudos, foram formuladas as seguintes **hipóteses** fundamentadas na revisão de literatura efetuada:

**H2.1.** Os adolescentes do sexo feminino apresentam pontuações mais elevadas quanto aos comportamentos de auto-dano do que os adolescentes do sexo masculino.

**H2.2.** Os adolescentes do sexo feminino apresentam pontuações mais elevadas quanto à ideação suicida do que os adolescentes do sexo masculino.

**H2.3.** Os adolescentes das faixas etárias superiores apresentam mais comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes de faixas etárias menores.

**H2.4.** Os adolescentes que frequentam as turmas do programa Oportunidade e PROFIJ apresentam mais comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes das turmas do ensino secundário.

**H2.5.** Os adolescentes que já reprovaram de ano escolar apresentam mais comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes sem reprovações.

**H2.6.** Tanto os adolescentes com pais em profissões de rendimento mais baixo, como os com pais em profissões de rendimento superior apresentam comportamentos de auto dano e ideação suicida.

**H2.7.** Os adolescentes com maior satisfação na escola apresentam menos comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes com menor satisfação na escola.

- H2.8.** Os adolescentes com maior satisfação na família apresentam menos comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes com menor satisfação na família.
- H2.9.** Quanto mais positivo for o auto-dano, maior é o grau de ideação suicida.
- H3.0.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais elevadas na EADS (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – versão portuguesa para adolescentes).
- H3.1.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais altas nos fatores eu-inadequado e eu-odiado da EFACT (Escala de Formas de Auto-Criticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante).
- H3.2.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais baixas no fator eu-tranquilizante da EFACT (Escala de Formas de Auto-Criticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante).
- H3.3.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais altas na AQ (Escala da Raiva).
- H3.4.** As pontuações mais elevadas na QIAIS-A equivalem a pontuações mais altas na CECA-Q (*Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire*)

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, tendo em conta a extensão da população alvo; descritivo-correlacional, na medida em que permite descrever (vale a redundância) e dizer como se manifestam os comportamentos auto-destrutivos na adolescência, e tem como objetivo identificar a existência ou não de relação (coeficientes de correlação) entre algumas variáveis em estudo, nomeadamente o auto-dano e ideação suicida com: os indicadores de psicopatologia, o auto-criticismo, a raiva, os estilos parentais; e transversal, pois que a informação foi colhida num único momento temporal (Sampieri, Collado & Lucio, 2006; Almeida & Freire, 2008).

Considerando que o inquérito é um instrumento favorecido, pois permite a recolha de muita informação acerca de diversos comportamentos de uma mesma pessoa, em pouco tempo, a utilização deste instrumento foi uma mais-valia na medida em que possibilitou medir comportamentos quase impossíveis ou muito difíceis de verificar de forma direta.

O inquérito é, igualmente, um instrumento ótimo para compreender atitudes, opiniões, preferências, etc., num dado momento, e é de fácil aplicação, pois pode ser aplicado em grande escala, possibilitando a escolha dos sujeitos e análises mais aprofundadas, colocar mais questões e verificar hipóteses (Ghiglione & Matalon, 1997). Contudo, este instrumento apresenta limites, uma vez que a fidelidade nas respostas pode ser posta em causa, na medida em que podem ocorrer enviesamentos na interpretação das questões (Ghiglione & Matalon, 1997). Nesta investigação tentámos controlar esta limitação disponibilizando a todos os participantes a presença de técnicos capazes de esclarecer quaisquer dúvidas ocorridas durante o seu preenchimento.

A escolha de inquérito por questionário de auto-resposta justifica-se, na presente investigação, pelo facto de se pretenderem verificar hipóteses sob a forma de relações entre variáveis, nomeadamente verificar se a natureza ou a frequência dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida varia com a idade, género, nível de escolaridade, existência de reprovação de ano escolar, nível de rendimento dos pais, satisfação com a escola, família e amigos (Ghiglione & Matalon, 1997).

Os dados consequentes da aplicação dos questionários foram inseridos e tratados no programa *Statistical Packadge for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

### **2.1. Caracterização da amostra**

O objetivo foi cobrir sensivelmente 50% da população adolescente das escolas da ilha de São Miguel, com idades entre os 14 e os 18 anos, pertencentes a turmas do 10.º, 11º e 12º anos de escolaridade e turmas dos programas Oportunidades e PROFIJ. Contudo, após contacto com as escolas e seleção de turmas verificou-se que as idades dos participantes se encontravam entre os 14 e os 19 anos.

Trata-se de uma amostra aleatória, selecionada pelo método de urna (Poeschl, 2006), em que, após numeração de todas as turmas das escolas em pedaços de papel, foi tirado, ao acaso, metade do número de turmas que constituía cada ano escolar, perfazendo assim 50% dos alunos de cada ano e de cada escola.

As escolas que participaram no estudo foram dez e não irão ser identificadas por questões éticas, de sigilo e confidencialidade dos resultados.

De três escolas públicas não se obteve resposta, e uma escola secundária privada recusou participação no estudo.

A amostra final de estudo ficou constituída por 1818 sujeitos (1605 pertencentes ao ensino secundário e 213 pertencentes a turmas do programa Oportunidade e PROFIJ), dos quais 866 são do sexo masculino (47.6 %) e 952 do sexo feminino (52.4 %), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, (M = 16.73; DP = 1.31).

Nas turmas do ensino secundário, 734 dos sujeitos são do sexo masculino (45.7 %) e 871 do sexo feminino (54.3%), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos (M = 16.85; DP = 1.28). Nas turmas do programa Oportunidade e PROFIJ, 132 são do sexo masculino (62%) e 81 do sexo feminino (38%), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos (M =15.77; DP=1.18). Na amostra total a média de idades é de 16.73 e o desvio padrão de 1.31.

No Quadro 22., estão apresentadas características da amostra total em função do género e da idade.

**Quadro 22. Características da amostra total (n=1818) em função do Género e da Idade**

Idade		M			DP	
		16.73			1.313	
		14 aos 16 anos	17 aos 19 anos	20 aos 22 anos	TOTAL	
		Sexo	Masculino	398 47.7%	445 47.9%	23 42.6%
Feminino	437 52.3%		484 52.1%	31 57.4%	952 52.4%	
TOTAL		835 100%	929 100%	54 100%	1818 100.0%	

No que respeita ao **ano de escolaridade**, as turmas do programa Oportunidade e PROFIJ apresentam 17.8 % de alunos no 5º ano, 4.2% de alunos no 6º ano, 23% de alunos no 7º ano, 28.2 % de alunos no 8º ano e 26.8 % de alunos no 9º ano; as turmas do ensino Secundário apresentam 42.6 % de alunos no 10º ano, 33.8 % de alunos no 11º ano e 23.6 % de alunos no 12º ano.

Relativamente à **reprovação académica**, no ensino Secundário 1033 (64.4%) alunos nunca reprovaram, o que significa que 572 (35.6%) já reprovaram, destes 511 (31.8 %) reprovaram uma ou duas vezes e 61 (3.8%) reprovaram mais de duas vezes, sendo o número máximo de reprovações cinco vezes; nas turmas do programa Oportunidade e PROFIJ, tendo em conta um n=194 dado a existência de 19 *missings*, 3 (1.4%) alunos dizem nunca terem reprovado, 94 (44.1%) reprovaram uma ou duas vezes, 86 (40.4%) reprovaram três ou quatro vezes e 11 (5.2%) reprovaram mais de quatro vezes, sendo o número máximo de reprovações onze vezes.

Em relação ao **nível socioeconómico dos pais**, no ensino secundário 783 (48.8%) dos alunos têm pais com rendimento económico baixo, 690 (43.0%) tem pais com rendimento económico médio e 132 (8.2%) tem pais com rendimento económico elevado. No que se refere às turmas do programa Oportunidades e PROFIJ, 180 (84.5%) dos alunos tem pais com rendimento económico baixo, 31 (14.6%) com rendimento económico médio e 2 (0.9%) um rendimento económico superior.

No geral, 53.0% da amostra tem pais com rendimento económico baixo, 39.7% tem pais com rendimento económico médio e 7.4% tem pais com rendimento económico elevado.

Relativamente à **satisfação na escola**, os alunos do ensino secundário mostram-se satisfeitos, tendo o sexo feminino apresentado uma média de satisfação de 2.90 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 22.63 numa escala de 1 a 30. No que respeita às turmas do programa Oportunidade e PROFIJ, a média apresenta-se muito semelhante, tendo o sexo feminino apresentado uma média de satisfação de 23.23 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 22.49. Saliente-se que esta variável Satisfação na Escola engloba a satisfação do aluno com os colegas de turma, colegas da escola de outras turmas, amigos da escola, professores, funcionários e escola. No total de 1814 alunos inquiridos, englobando ambos os ensinos, os sexo feminino apresentam uma média de satisfação de 22.93 ligeiramente superior aos do sexo masculino, com valor de 22.61, ou seja, de um modo geral os alunos sentem-se satisfeitos com a escola.

Em relação à **satisfação na família**, os jovens do ensino secundário estão satisfeitos com a família, apresentando o sexo feminino uma média de satisfação de 13.62 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 13.37 numa escala de 1 a 15. Os

alunos dos programas Oportunidade e PROFIJ apresentam resultados ligeiramente superiores, apresentando o sexo feminino uma média de satisfação de 14.15 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 13.70. Saliente-se que esta variável Satisfação na Família engloba a satisfação do aluno em relação aos pais, irmãos e restante família. Num total de 1813 inquiridos, englobando ambos os ensinos, o sexo feminino apresenta uma média de satisfação de 13.66 e o masculino apresenta uma média de satisfação de um 13.42.

No que respeita à **satisfação com amigos fora da escola**, os alunos do ensino secundário estão bastante satisfeitos, tendo numa escala de 1 a 5, o sexo feminino apresentado uma média de satisfação de 4.44 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 4.39. O mesmo acontece com os alunos do programa Oportunidade e PROFIJ, apresentando o sexo feminino uma média de satisfação de 4.28 e o sexo masculino apresentado uma média de satisfação de 4.20.

## **2.2. Instrumentos de diagnóstico e medida**

O protocolo de avaliação<sup>4</sup> é constituído pelos seguintes instrumentos:

### **2.2.1. Ficha de caracterização sociodemográfica**

A ficha de caracterização sociodemográfica permitiu recolher informação acerca de variáveis sociodemográficas da amostra como sejam: a idade, o género, o ano de escolaridade, o curso, a habitação, o número de irmãos, profissão e habilitações dos pais, reprovação de ano escolar, disciplinas preferidas e menos preferidas, notas de português e matemática. Permitiu, ainda, recolher informação acerca de alguns aspetos importantes como a satisfação na escola, satisfação na família e satisfação com os amigos fora da escola.

### **2.2.2. QIAIS-A - Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência** (Castilho P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J., 2012)

---

<sup>4</sup> Para consultar os instrumentos utilizados, confrontar anexo 5.

Este questionário foi construído propositadamente para a recolha de dados desta população, abordando variáveis relativas ao impulso, auto-Dano e ideação suicida passíveis de inferir nos resultados obtidos, nomeadamente o grau de impulsividade, a presença de comportamentos de auto-dano e as suas funções, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. É um questionário de auto-resposta constituído por 64 itens, distribuídos por três fatores: Impulso (16 itens), Auto-dano (14 itens) e Ideação-suicida (3 itens), de resposta em escala de *Likert* de 4 pontos, que vai desde Nunca acontece comigo (0) a Acontece-me sempre (3). Apenas o módulo C – Funções é de resposta nominal.

Devem ser invertidos os itens do fator Impulso formulados na positiva, nomeadamente os itens 6, 9, 13 e 15. Quanto mais alta a pontuação num dado fator, mais alta será a atitude em relação a essa componente atitudinal. A análise fatorial da QIAIS-A resulta em três fatores (Impulso, Auto-dano e Ideação suicida), sendo que o referente ao Impulso contém duas dimensões (*Impulso/Hipercinésia e Auto-controlo do impulso*) e o referente ao Auto-dano contém três dimensões (*Auto-dano propriamente dito, Auto-dano com recurso a objetos e Auto-dano associado a comportamentos de risco*).

A escala apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .77 para o fator impulso, .88 para o fator auto-dano, .94 para as funções do auto-dano e .82 para a ideação suicida. Apresenta, ainda, um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .85 para o seu total (33 itens), sem o fator nominal referente às funções e um alfa de *Cronbach* de .90 para o seu total (64 itens).

### **2.2.3. EADS-21 – Escala de Ansiedade e Depressão (Lovibond & Lovibond, 1995)**

Adaptada à população portuguesa adolescente por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). A EADS-21 é constituída por 21 itens distribuídos igualmente por três dimensões: depressão, ansiedade e stress. Numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, os indivíduos respondem em que medida experimentam cada sintoma em relação à última semana. Cada item remete para um sintoma emocional negativo.

Os resultados são determinados pela soma dos resultados em cada uma das dimensões que constituem a escala, sete itens cada, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. Quanto

mais elevada a pontuação em cada subescala, mais elevados os estados afetivos mais negativos.

Na subescala depressão (7 itens) os valores dominantes do alfa de *Cronbach* andam à volta dos 0,60, na subescala ansiedade e na subescala stress rodam os 0,50 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

#### **2.2.4. EFACT – Escala de Formas de Auto-criticismo/Ataque e Auto-tranquilizante**

– versão para investigação (Barreto Carvalho, C., Castilho, P. & Nunes, C., 2012)

Esta escala desenvolvida por Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons (2004) - *The Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale*, foi traduzida e adaptada para a população adolescente como Escala de Formas de Auto-Criticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante, propositadamente para este estudo.

Criada para medir a auto-crítica e a capacidade de auto-tranquilizar, é uma escala de 22 itens, que mede diferentes maneiras das pessoas pensarem e sentirem acerca de si próprias quando as coisas correm mal para elas. Os itens compõem três componentes. Existem duas formas de auto-crítica, a saber: auto-inadequado, que se concentra num sentido de inadequação pessoal (Fico facilmente dececionado comigo mesmo), e auto-odiado, este mede o desejo de magoar ou fazer danos a si mesmo (Eu fico tão zangado comigo mesmo que apetece magoar-me ou ferir-me), e uma forma de auto-tranquilizar, tranquilizar-se a si mesmo (Eu sou capaz de me lembrar de coisas positivas acerca de mim). As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando de Nada como eu (0) a Exatamente como eu (4). A escala original apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .90 para o eu inadequado e .86 para o eu odiado e o eu tranquilizador respetivamente (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004).

#### **2.2.5. AQ – Agression Questionnaire** (Buss & Perry, 1992)

*Agression Questionnaire* constitui um instrumento de 29 itens que mede as dimensões distintas do constructo hostilidade/agressão. Contém quatro subescalas que avaliam a agressão física, a agressão verbal, a raiva e a hostilidade.

A escala foi traduzida e adaptada para a população adolescente portuguesa (Barreto Carvalho, C. & Pereira, V., 2012) sem alterar as suas subescalas, mas com a necessidade de inverter um item, nomeadamente o 13, que se encontra na positiva. Nesta versão para investigação, as respostas são dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, variando de Não tem nada a ver comigo (1) a Tem muito a ver comigo (5).

Na validação da escala AQ numa amostra de estudantes, a escala apresenta um alfa de *Cronbach* de .63 para o fator Agressão física, .57 para o fator Agressão verbal, .77 para o fator Raiva e .67 para Hostilidade. O alfa de *Cronbach* para o total da escala foi de .82 (Garcia-Léon, Reyes, Vila, Pérez, Robles & Ramos, 2002).

#### **2.2.6. CECA-Q - *Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire* - versão para investigação (Bifulco, Bernazzani, Moran & Jacobs, 2005)**

Esta escala de auto-resposta regista informações da infância relativas à dinâmica familiar e abandono parental, de modo a identificar as figuras parentais relevantes no crescimento do jovem. Esta escala contém quatro fatores: negligência mãe/pai, antipatia mãe/pai, abuso físico e abuso sexual.

Os fatores da escala apresentam, bons índices de consistência interna, variando entre .78 para o fator antipatia mãe e .88 para o fator negligência pai (Barreto Carvalho, 2009).

### **2.3. Procedimentos de Investigação**

No desenho metodológico desta investigação, e após construção do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação suicida (QIAIS-A), começaram por definir-se critérios de inclusão e de exclusão da amostra. A idade inicialmente pretendida da população para estudo seria entre os 14 e os 18 anos, o que veio a alterar-se após, junto das escolas, ter-se recolhido informação acerca dos indivíduos que constituíam as turmas.

Assim, participaram no nosso estudo adolescentes das escolas da ilha de São Miguel com idade compreendida entre os 14 e os 19 anos, de ambos os sexos e com autorização parental para a participação no estudo.

Tratando-se de um estudo realizado pela primeira vez nos Açores, o protocolo é constituído por um número considerável de medidas, selecionadas com o objetivo de

permitir uma avaliação abrangente das relações existentes entre os comportamentos auto-destrutivos e outras variáveis.

O procedimento de investigação é análogo ao primeiro estudo da presente dissertação, e está pormenorizadamente descrito neste, pelo que, aqui, se opta por não repetir a informação.

#### **2.4. Procedimentos Estatísticos**

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se à versão 17.0 do *software* de análise estatística: *Statistical Packadge for Social Sciences* (SPSS).

Nos estudos descritivos da amostra foram utilizadas estatísticas descritivas, incluindo quadros de frequências e de percentagens.

Nas comparações entre variáveis dependentes (auto-dano e ideação suicida) e variáveis independentes (sociodemográficas), foram utilizados o teste-t de *Student* para amostras independentes, quadros percentagens e correlações de *Spearman*.

E finalmente a comparação entre variáveis dependentes e outras variáveis existentes na literatura foi realizada através de correlações de *Spearman*, uma vez que todas as variáveis em estudo não apresentavam distribuição normal (normalidade da variável).

### **3. Resultados**

Serão apresentados os resultados mais relevantes, tendo em conta os objetivos e hipóteses delineadas. É importante salientar que o *n* da amostra pode variar consoante o número de alunos que responderam a cada questionário.

#### **3.1. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra**

Nos quadros que se seguem será analisado o comportamento de auto-dano em função de quem nunca teve tal comportamento e de quem já teve ou tem comportamento(s) de auto-dano. Para uma melhor compreensão, e de acordo com a análise fatorial da escala QIAIS-A (ver *estudo 1*), as análises serão também realizadas com base em dois grupos: o *auto-dano* (que engloba os comportamentos de *Auto-dano próprio* e *Auto-dano com recurso a*

*objetos* - itens do 1 ao 8 do módulo B da QIAIS-A; c.f. Anexo 5) e o *auto-dano associado a comportamentos de risco* (itens do 9 ao 14 do módulo B da QIAIS-A; c.f. Anexo 5). Deste modo pretendemos separar os adolescentes propensos a correr riscos dos que praticam auto-dano, de modo a que não contamine a definição de auto-dano defendida neste estudo.

Para podermos comparar o nosso estudo com estudos internacionais resolvemos incluir inicialmente os comportamentos de risco em conjunto com os comportamentos de auto-dano, ou seja, não deixando de parte os comportamentos de auto-dano associados a comportamentos de risco, sendo esta variável designada de *Auto-dano total*.

No Quadro 23. apresenta-se a frequência do comportamento de *auto-dano total*, do *auto-dano associado a comportamentos de risco* e do *auto-dano propriamente dito* na amostra total de adolescentes.

**Quadro 23. Características do auto-dano na amostra em estudo (n=1818)**

Auto-dano	Total		Comportamentos de risco		Propriamente dito	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	962	52.9	1180	64.9	1249	68.7
Já teve comportamento	856	47.1	638	35.1	569	31.3
Total	1818	100.0	1818	100.0	1818	100.0

De todos os participantes no estudo, 47.1% já teve ou tem comportamentos de auto-dano e 52.9% nunca teve comportamentos de auto-dano.

Contata-se que 35.1% dos adolescentes já teve ou tem comportamentos de auto-dano associados a comportamentos de risco, e 64.9% nunca teve comportamentos de auto-dano associados a comportamentos de risco.

Dado que queremos estudar os comportamentos de auto-dano de acordo com a nossa definição, passaremos a analisar os comportamentos de auto-dano excluindo o componente relativo aos comportamentos de risco, uma vez que estes já foram amplamente estudados.

Verifica-se que 31.3% dos adolescentes já teve ou tem comportamentos de auto-dano, e 68.7% nunca teve comportamentos de auto-dano.

A frequência dos comportamentos de auto-dano de acordo com a pontuação obtida pelos indivíduos que responderam a esta escala, que pode ir de 0 a 24, está representada no Quadro 24.

**Quadro 24. Características do nível de auto-dano nos indivíduos que apresentam o comportamento (n=533)**

Auto-dano	N	%
1 a 6 valores	410	76.9
7 a 12 valores	81	15.2
13 a 18 valores	33	6.2
19 a 24 valores	9	1.7
Total	533	100.0

Constata-se que, dos adolescentes que apresentam comportamento de auto-dano, 410 (76.9%) obteve entre 1 e 6 valores, 81 (15.2%) obteve entre 7 e 12 valores, 33 (6.2%) obteve entre 13 e 18 valores e 9 (1.7%) obteve entre 19 e 24 valores, na escala de auto-dano.

No Quadro 25. apresenta-se a frequência da ideação suicida na amostra total de adolescentes. Para melhor compreensão, a ideação suicida foi dividida em quatro grupos: inexistente, quando a pontuação igual a 0; moderada, quando a pontuação está entre 1 a 3; elevada, quando a pontuação está entre 4 e 6; e muito elevada, quando a pontuação está entre 7 e 9. A pontuação mínima do fator ideação suicida é 0 e a pontuação máxima 9 valores.

**Quadro 25. Características da ideação suicida na amostra em estudo (n=1766)**

Ideação suicida	N	%
Inexistente	392	22.2
Moderada	910	51.5
Elevada	350	19.8
Muito elevada	114	6.5
Total	1766	100.0

Dos 1766 indivíduos que responderam à escala, 22.2% dos jovens não apresenta ideação suicida, 51.5% apresenta ideação suicida moderada, 19.8% apresenta ideação suicida elevada e 6.5% apresenta ideação suicida muito elevada.

No Quadro 26. apresentamos a frequência do auto-dano em função do nível de impulsividade dos inquiridos.

**Quadro 26. Características do auto-dano em função da impulsividade na amostra em estudo (n=1783)**

% Impulsividade	% Auto-dano	
	Nunca	Já teve comportamento
Fraca	25.6	6.4
Moderada	62.9	66.7
Elevada	11.3	26.6
Muito elevada	0.1	0.4
Total	100.0	100.0

Tanto no grupo de adolescente sem comportamentos de auto-dano como no grupo com comportamentos de auto-dano a percentagem maior situa-se na impulsividade moderada. No entanto, o grupo que nunca teve comportamentos de auto-dano tem maior percentagem (25.6%) de indivíduos com impulsividade fraca, do que o grupo com comportamentos de auto-dano. No que se refere à impulsividade elevada e muito elevada, é o grupo de adolescentes que já teve comportamentos de auto-dano que apresenta percentagem superior.

No Quadro 27. apresentamos a frequência do auto-dano em função do nível de ideação suicida.

**Quadro 27. Características do auto-dano em função da ideação suicida na amostra em estudo (n=1766)**

% Ideação suicida	% Auto-dano	
	Nunca	Já teve comportamento
Inexistente	26.6	12.0
Moderada	55.0	43.3
Elevada	15.5	30.0
Muito elevada	2.9	14.8
Total	100.0	100.0

Constata-se no quadro que o grupo de jovens com comportamento de auto-dano apresenta percentagem mais elevadas em relação à ideação suicida elevada e muito elevada, apresentando também menor percentagem (12.0%) em relação à ideação suicida inexistente, do que o grupo que nunca teve comportamentos de auto-dano.

Em relação às Funções do auto-dano, variável nominal da QIAIS-A, foram agrupadas de acordo com o modelo de quatro funções do auto-dano que os autores Nock e Prinstein (2004) propõem. De acordo com estes autores, podem-se dividir as funções em funções de reforço automático e de reforço social. Das primeiras fazem parte as funções de reforço automático positivo, em que os indivíduos se envolvem em comportamentos de auto-dano para criar um estado fisiológico desejável; e as funções de reforço automático negativo, que se referem ao uso do auto-dano pelo indivíduo como forma de alcançar uma redução de tensão ou outros estados afetivos negativos. Na função de reforço social negativo o indivíduo usa o auto-dano para escapar a demandas interpessoais (e.g. evitar a punição dos outros ou evitar fazer algo desagradável). Na função de reforço social positivo o indivíduo tem como objetivo ganhar a atenção dos outros ou ganhar alguma coisa (e.g. obter a reação de alguém mesmo que seja negativa) (Nock & Prinstein, 2004). Nos Quadros 28, 29, 30 e 31 serão apresentados os itens do fator Funções do auto-dano da QIAIS-A, de acordo com o modelo de quatro funções.

**Quadro 28. Itens constituintes da *Função de Reforço Automático Positivo***

---

*Automático Positivo*

---

Quando me magoo procuro castigar-me.  
Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto  
Magoar-me ajuda-me a acalmar.  
Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.  
Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.  
Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.  
Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.  
Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.  
Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.  
Magoar-me dá-me gozo e prazer.

---

**Quadro 29. Itens constituintes da *Função de Reforço Automático Negativo***

---

*Automático Negativo*

---

Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.  
Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.  
Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.  
Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.  
Magoo-me para me sentir menos inferior.  
Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.  
Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.  
Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.  
Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.

---

**Quadro 30. Itens constituintes da *Função de Reforço Social Negativo***

---

*Social Negativo*

---

Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.  
Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).  
Magoar-me ajuda-me a auto-controlar.  
Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).  
Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.  
Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.  
Magoo-me para não magoar os outros.  
Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.  
Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.

---

**Quadro 31. Itens constituintes da *Função de Reforço Social Positivo***

<i>Social Positivo</i>
Magoo-me para chamar a atenção dos outros.
Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.
Magoo-me para me vingar dos outros.

No Quadro 32., são apresentadas as correlações entre os grupos de funções e o auto-dano próprio e o auto-dano associado a comportamentos de risco.

**Quadro 32. Correlações entre os grupos de funções e o total do fator Funções na amostra de adolescentes**

	Auto-dano	Comportamentos de risco
Função 1	.701**	.367**
Função 2	.666**	.448**
Função 3	.699**	.371**
Função 4	.434**	.323**
Total	.735**	.481**

**\*\*p<.01**

Como se constata, as funções têm correlações mais elevadas com a variável auto-dano próprio, do que com a variável auto-dano associado a comportamentos de risco, variando entre .434 e .735, sendo de magnitude moderada (quando as correlações estão entre .4 e .69) e forte (quando as correlações estão entre .7 e .89) (Maroco, 2003).

A primeira coluna dos Quadros 33. e 34., refere-se aos itens do auto-dano próprio e aos itens do auto-dano associado a comportamentos de risco, respetivamente; na segunda coluna está o grupo a que pertencem as duas funções mais seleccionadas pelos inquiridos em relação a cada item; e a terceira coluna apresenta a percentagem de inquiridos que escolheu a função da coluna anterior.

**Quadro 33. Caracterização das funções do auto-dano próprio da QIAIS-A de acordo com o modelo de quatro funções de Nock e Prinstein (2004)**

Itens (Auto-dano próprio)	Função mais associada	%
1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, de propósito.	<i>Social Negativa</i>	54.6
	<i>Automática Negativa</i>	50.9
2. Bato de propósito com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).	<i>Social Negativa</i>	55.8
	<i>Automática Negativa</i>	47.9
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo de propósito.	<i>Social Negativa</i>	53.1
	<i>Automática Negativa</i>	50.4
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos de propósito. (almofada, por exemplo).	<i>Social Negativa</i>	47.4
	<i>Automática Negativa</i>	46.2
5. Corto certas partes do meu corpo de propósito. (com lâminas, tesouras, facas, x-acto, etc.).	<i>Automática Negativa</i>	54.2
	<i>Social Negativa</i>	50.8
	<i>Automática Negativa</i>	45.5
6. Queimo certas partes do meu corpo de propósito. (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).	<i>Social Negativa</i>	41.8
	<i>Automática Positiva</i>	41.8
	<i>Automática Negativa</i>	53.8
7. Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo de propósito.	<i>Social Negativa</i>	44.2
	<i>Automática Negativa</i>	48.8
8. Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas de propósito.	<i>Automática Negativa</i>	41.5

No Quadro 33., constata-se que a função *Automática Negativa* é transversal a todos os itens relativos ao fator auto-dano próprio da QIAIS-A, sendo a função mais escolhida para justificar os comportamentos de auto-dano, seguida da função *Social Negativa* e por último da função *Automática Positiva*.

**Quadro 34. Caracterização das funções do auto-dano associado a comportamentos de risco da QIAIS-A de acordo com o modelo de quatro funções de Nock e Prinstein (2004)**

Itens (Auto-dano associado a comportamentos de risco)	Função mais associada	%
9. Abuso excessivamente de álcool.	<i>Automática Negativa</i>	38.0
	<i>Automática Positiva</i>	25.4
10. Abuso excessivamente de drogas leves.	<i>Social Positiva</i>	42.5
	<i>Automática Negativa</i>	39.7
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar “mocado”).	<i>Automática Negativa</i>	51.5
	<i>Social Negativa</i>	46.3
12. Abuso de laxantes.	<i>Automática Negativa</i>	54.3
	<i>Automática Positiva</i>	41.5
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).	<i>Automática Negativa</i>	40.6
	<i>Automática Positiva</i>	24.8
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem protecção, etc.).	<i>Automática Negativa</i>	39.1
	<i>Automática Positiva</i>	31.8

No Quadro 34. constata-se igualmente que a função *Automática Negativa* é transversal a todos os itens relativos ao fator auto-dano associado a comportamentos de risco da QIAIS-A, seguida da função *Automática Positiva* e por último da função *Social Negativa* e *Social Positiva*.

Em modo de síntese, podemos referir que, para podermos comparar os nossos resultados com estudos internacionais apresentamos, primeiramente, a percentagem de indivíduos com comportamentos de auto-dano, incluindo nestes os comportamentos de auto-dano associados a comportamentos de risco. A percentagem encontrada é de 47.1. Extraindo os adolescentes com auto-dano associado a comportamentos de risco (35.1%), percebemos que a percentagem de jovens com auto-dano propriamente dito é de (31.3%).

Constata-se, também, a existência de pontuações elevadas no que se refere à escala de auto-dano, havendo indivíduos (7.9%) com pontuações superiores à média da escala

(M=12). Em relação à ideação suicida, verifica-se que mais de metade (77.8%) da amostra apresenta ideação suicida moderada ou superior.

Em geral, a maioria dos indivíduos apresentam impulsividade moderada, tanto os jovens que nunca se envolveram em comportamentos de auto-dano (62.9%) como os que já se envolveram em comportamentos de auto-dano (66.7%).

Os indivíduos com comportamentos de auto-dano apresentam percentagens mais elevadas em relação à ideação suicida elevada e muito elevada, do que os indivíduos que nunca se envolveram em comportamentos de auto-dano.

Todos os grupos de funções estão significativamente correlacionados com o fator auto-dano próprio e com o auto-dano associado a comportamentos de risco, sendo as correlações mais elevadas com o auto-dano próprio. São as Funções de Reforço Automático Positivo ( $r=.701$ ) que mais elevada correlação têm com o auto-dano próprio, seguidas das funções de Reforço Social Negativo ( $r=.699$ ).

Contudo, constata-se que as *Funções de Reforço Automático Negativo* estão relacionadas a todos os itens referentes ao fator auto-dano, quer próprio, quer associado a comportamentos de risco. Enquanto as *Funções de Reforço Automático Positivo* aparecem muito mais associadas ao auto-dano associado a comportamentos de risco.

### **3.1.1. Em função das variáveis sociodemográficas:**

Nos quadros que se seguem será analisado o comportamento de auto-dano em função da definição de auto-dano assumida para estudo, a saber, comportamento direto que causa uma ligeira a moderada lesão física, realizada sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada (Mangnall & Yurkovich, 2008).

#### **3.1.1.1. Género**

Na amostra em estudo, 47.3% dos indivíduos com comportamentos de auto-dano são do sexo masculino e 52.7% são do sexo feminino. Relativamente aos sujeitos com ideação suicida moderada, 51.3% é do sexo feminino, enquanto 48.7% é do sexo masculino. Na ideação suicida elevada, 62.7% pertence ao sexo feminino e 37.3% pertence ao sexo

masculino. Quanto à ideação suicida muito elevada 64.1% é do sexo feminino e 35.9% do sexo masculino.

O Quadro 35. apresenta as estatísticas descritivas e sintetiza os resultados do teste *t* de *Student* na amostra total, do sexo masculino e do sexo feminino, para os fatores e total da QIAIS-A.

**Quadro 35. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes do sexo masculino e na amostra de adolescentes do sexo feminino (teste t para amostras independentes)**

Fator	Sexo masculino		Sexo feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
Auto-dano	1.47	3.50	1.25	2.98	1.402	.161
Ideação suicida	2.13	2.18	2.84	2.23	-6.751	.000

Como se pode observar não há diferenças estatisticamente significativas entre a média do auto-dano e o género ( $p > .05$ ). Em relação à ideação suicida, existem diferenças estatisticamente significativas, tendo por base o nível de significância ( $p < .05$ ), entre as médias obtidas nos dois grupos, apresentando os indivíduos do sexo feminino uma média superior ( $M=2.84$ ) à média do sexo masculino ( $M=2.13$ ).

### 3.1.1.2. Idade

No que se refere ao auto-dano em função da idade, e tal como se pode observar no Quadro 36., a maioria dos jovens com comportamentos de auto-dano (56.7%) pertence à faixa etária dos 16 aos 17 anos, seguida da faixa etária entre os 14 e os 15 anos (24.4%). Com a percentagem menor estão os indivíduos entre os 18 e os 19 anos.

**Quadro 36. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida em função da idade na amostra de adolescentes em estudo**

Idade	% Auto-dano		% Ideação suicida		
	Nunca	Já teve comportamento	Moderada	Elevada	Muito elevada
14 aos 15 anos	15.9	24.4	15.3	21.0	22.3
16 aos 17 anos	58.3	56.7	58.5	57.1	53.6
18 aos 19 anos	25.9	18.9	26.2	21.9	24.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

No que se refere à ideação suicida (Quadro 36.), a maioria dos alunos (58.5%) com ideação suicida moderada pertence à faixa etária entre os 16 e os 17 anos. O mesmo acontece em relação à ideação suicida elevada (57.1%) e à ideação suicida muito elevada (53.6%).

Quando se divide a amostra em dois grupos, em função da idade (dos 14 aos 16 anos; dos 17 aos 19 anos), pode observar-se que, tal como mostra o Quadro 37., relativamente à média do comportamento de auto-dano em função da idade, existem diferenças estatisticamente significativas, tendo por base o nível de significância ( $p < .05$ ), apresentando os indivíduos com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos, uma média superior ( $M=1.63$ ) à média dos indivíduos com idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos ( $M=1.12$ ).

**Quadro 37. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da idade (teste t para amostras independentes)**

Fator	14 aos 16 anos		17 aos 19 anos		t	p
	M	DP	M	DP		
Auto-dano	1.63	3.52	1.12	2.97	3.277	.001
Ideação suicida	2.59	2.33	2.44	2.16	1.400	.162

Não há diferenças estatisticamente significativas para a ideação suicida em função da idade ( $p > .05$ ).

### 3.1.1.3. Nível de ensino

Em relação à média entre o auto-dano e o nível de ensino (Quadro 38.), existem diferenças estatisticamente significativas, tendo por base o nível de significância ( $p < .05$ ), apresentando os indivíduos do programa Oportunidade e PROFIJ uma média superior ( $M=3.34$ ) à média dos indivíduos do ensino secundário ( $M=1.12$ ).

**Quadro 38. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes de programas Oportunidade e PROFIJ e amostra de adolescentes do ensino secundário (teste t para amostras independentes)**

Fator	Oportunidade e PROFIJ		Ensino Secundário		t	p
	M	DP	M	DP		
Auto-dano	3.34	5.66	1.12	2.73	5.297	.000
Ideação suicida	2.19	2.49	2.54	2.20	-1.854	.065

Não há diferenças estatisticamente significativas para a ideação suicida em função do nível de ensino ( $p > .05$ ), contudo a maioria dos alunos, em qualquer nível de ensino apresenta maior percentagem de ideação suicida moderada.

Dos alunos pertencentes ao programa de Oportunidade e PROFIJ, 50.2% já teve ou tem comportamentos de auto-dano enquanto, dos alunos do ensino secundário, 28.8% já teve ou tem comportamentos de auto-dano.

### 3.1.1.4. Reprovação académica

Em relação à média entre o auto-dano e a reprovação académica (Quadro 39.), existem diferenças estatisticamente significativas, tendo por base o nível de significância ( $p < .05$ ), apresentando os indivíduos que já reprovaram uma média superior ( $M=1.64$ ) à média dos indivíduos que nunca reprovaram ( $M=1.14$ ). Não há diferenças estatisticamente significativas para a ideação suicida em função da reprovação de ano escolar ( $p > .05$ ).

**Quadro 39. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da reprovação acadêmica (teste t para amostras independentes)**

Fator	Nunca reprovou		Já reprovou		t	p
	M	DP	M	DP		
Auto-dano	1.14	2.80	1.64	3.74	-3.049	.002
Ideação suicida	2.45	2.17	2.59	2.32	-1.334	.182

Tal como podemos observar pelo Quadro 40., no grupo de indivíduos que nunca se envolveu em comportamentos de auto-dano, a percentagem dos que nunca reprovaram é de 59.2 e de 40.8% para os que já reprovaram. No grupo de indivíduos que já se envolveu em comportamentos de auto-dano, similarmente, a percentagem dos que nunca reprovaram é de 52.0 e de 48.0% para os que já reprovaram.

**Quadro 40. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida em função da reprovação acadêmica dos adolescentes em estudo**

Reprovação	% Auto-dano		% Ideação suicida		
	Nunca	Já teve comportamento	Moderada	Elevada	Muito elevada
Nunca reprovou	59.2	52.0	59.9	58.3	50.9
Já reprovou	40.8	48.0	40.1	41.7	49.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Relativamente à ideação suicida moderada, elevada e muito elevada, cerca de metade dos indivíduos nunca reprovou. Confirma-se não existir diferenças estatisticamente significativas em função da reprovação de ano.

### 3.1.1.5. Nível socioeconómico dos pais

Uma vez que não é possível realizar o teste *t-student* com três variáveis (Nível socioeconómico baixo, médio e elevado), analisou-se o qui-quadrado da mesma. Não existe relação entre as variáveis auto-dano e nível socioeconómico ( $p > .05$ ). Existe

corelação negativa entre a ideação suicida e o nível socioeconómico ( $p < .05$ ), ou seja, quanto menor o nível socioeconómico, maior será a ideação suicida.

Como se constata no Quadro 41, as diferenças significativas entre os indivíduos com comportamentos de auto-dano e os indivíduos sem comportamentos de auto-dano são mínimas, sendo os valores das percentagens muito similares.

**Quadro 41. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida em função do nível socioeconómico dos pais dos adolescentes em estudo**

Nível socioeconómico	% Auto-dano		% Ideação suicida		
	Nunca	Já teve comportamento	Moderada	Elevada	Muito elevada
Baixo	50.8	57.6	52.2	50.9	61.4
Médio	41.2	36.4	40.8	44.0	35.1
Elevado	8.0	6.0	7.0	5.1	3.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

No que se refere à ideação suicida, a percentagem sobe na razão inversa do nível socioeconómico dos pais dos adolescentes.

### 3.1.1.6. Satisfação dos adolescentes na escola

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis auto-dano e satisfação na escola, tendo por base o nível de significância ( $p < .05$ ), tal como se pode observar no Quadro 42.

**Quadro 42. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da satisfação na escola (teste t para amostras independentes)**

Fator	Nada ou Pouco satisfeitos		Satisfeitos ou Muito satisfeitos		t	p
	M	DP	M	DP		
Auto-dano	.35	.477	.30	.457	2.198	.028
Ideação suicida	3.05	2.47	2.28	2.09	6.218	.000

Em relação ao comportamento de auto-dano, os alunos nada ou pouco satisfeitos com a escola apresentam uma média superior ( $M=.35$ ) à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos ( $M=.30$ ). O mesmo acontece no que concerne à ideação suicida, os alunos nada ou pouco satisfeitos com a escola apresentam uma média superior ( $M=3.05$ ) à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos com a escola ( $M=.2.28$ ).

### 3.1.1.7. Satisfação na família

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis auto-dano e satisfação na família, tendo por base o nível de significância ( $p<.05$ ), tal como se pode observar no Quadro 43.

**Quadro 43. Características dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida na amostra de adolescentes em função da satisfação na família (teste t para amostras independentes)**

Fator	Nada ou Pouco satisfeitos		Satisfeitos ou Muito satisfeitos		t	p
	M	DP	M	DP		
Auto-dano	.44	.497	.30	.458	3.442	.001
Ideação suicida	3.75	2.78	2.37	2.13	6.264	.000

Em relação à média do auto-dano, os alunos nada ou pouco satisfeitos com a família apresentam uma média superior ( $M=.44$ ) à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos com a família ( $M=.30$ ). O mesmo acontece no que concerne à ideação suicida, os alunos nada ou pouco satisfeitos com a família apresentam uma média superior ( $M=3.75$ ) à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos com a família ( $M=.2.13$ ).

Em modo de síntese, verifica-se que as variáveis sociodemográficas que apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos comportamentos de auto-dano são: a idade, o nível de ensino, a reprovação de ano escolar e a satisfação com a escola e família. Relativamente à ideação suicida, as variáveis sociodemográficas que apresentam

diferenças estatisticamente significativas são: o género, o nível socioeconómico dos pais e a satisfação com a escola e família.

### 3.2. Relação dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida com outras variáveis referidas na literatura da especialidade

Saliente-se que, como atrás referido, as amostras não são iguais na sua constituição, uma vez que o seu  $n$  depende do número de indivíduos que respondeu às escalas.

Nas análises que se seguem, a variável auto-dano refere-se unicamente aos comportamentos de auto-dano propriamente ditos, excluindo os comportamentos de auto-dano associados a comportamentos de risco, de acordo com a definição de auto-dano para o presente estudo.

#### 3.2.1. Relação dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida com sintomatologia psicopatológica medida pela Escala de Ansiedade e Depressão (EADS-21)

Na amostra deste estudo, a EADS-21 apresenta alfa de *Cronbach* de .91 para o fator depressão, .86 para o fator ansiedade e .89 para o fator stress. O alfa de *Cronbach* é de .95 para o total da escala.

Como pode ler-se no Quadro 44., constata-se a presença de correlações estatisticamente significativas entre os fatores auto-dano e ideação suicida da QIAIS-A e os fatores e o total da EADS-21. Os valores são considerados de magnitude fraca quando as correlações estão entre .2 e .3 e moderada quando as correlações estão entre .4 e .69 (Maroco, 2003).

**Quadro 44. Correlações entre os fatores e total da QIAIS-A e o total da EADS-21 na amostra de adolescentes do ensino secundário**

QIAIS-A	EADS-21 Depressão	EADS-21 Ansiedade	EADS-21 Stress	EADS-21 Total
Auto-dano	.296**	.308**	.284**	.318**
Ideação suicida	.570**	.442**	.481**	.549**
Total (33 itens)				.468**

\*\*p <.01

A ideação suicida é a variável que se encontra mais fortemente correlacionada com a depressão, a ansiedade, o stress e o total da escala EADS-21.

### 3.2.2. Relação dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida com o Auto-criticismo medido pela Escala de Formas de Auto-criticismo/Ataque e Auto-tranquilizante (EFACT)

Na amostra deste estudo, a EFACT apresenta alfa de *Cronbach* de .83 para o eu inadequado, .83 para o eu tranquilizador e .77 para o eu odiado.

No Quadro 45. Pode observar-se a existência de correlações significativas entre os fatores auto-dano e ideação suicida da QIAIS-A e os fatores eu-inadequado, eu-tranquilizador e eu-odiado da EFACT. As correlações encontram-se no sentido de associação esperado, sendo que, maiores pontuações nos fatores auto-dano e ideação suicida da QIAIS-A equivalem a maior pontuação no fator eu-inadequado e no fator eu-inadequado da EFACT, e menor pontuação no eu-tranquilizador da EFACT.

**Quadro 45. Correlações entre os fatores da QIAIS-A (auto-dano e ideação suicida) e os fatores da EFACT na amostra total de adolescentes**

QIAIS-A	FSCRS (eu-inadequado)	FSCRS (eu-tranquilizador)	FSCRS (eu-odiado)
Auto-dano	.265**	-.235**	.408**
Ideação suicida	.465**	-.344**	.468**
Total QIAIS-A (33 itens)	.381**	-.263**	.502**

\*\*p < .01

Os valores de correlação encontrados na amostra revelam-se fracos ou moderados, sendo a ideação suicida aquela que apresenta valores superiores em relação ao eu-odiado (r=.468) e ao eu-inadequado (r=.465). O auto-dano correlaciona-se moderadamente com o eu-odiado (r=.408). No que respeita ao eu-tranquilizador, tanto a ideação suicida como o auto-dano apresentam relação negativa fraca com o mesmo.

**3.2.3. Relação dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida com a raiva medida pelo *Agression Questionnaire* (AQ)**

No que diz respeito à raiva, avaliada pela escala AQ, esta apresenta, na presente investigação um alfa de *Cronbach* de .86 para a agressão física, .44 para a agressão verbal, .81 para a raiva, .77 para a hostilidade e .90 para o total da AQ.

No Quadro 46. Pode observar-se a existência de correlações significativas entre os fatores auto-dano e ideação suicida e o total da QIAIS-A e os fatores Agressão Física, Agressão Verbal, Raiva e Hostilidade e o total da AQ. As correlações encontram-se no sentido de associação esperado, sendo que maiores pontuações nos fatores e total da QIAIS-A equivalem a maior pontuação nos fatores e total da AQ.

**Quadro 46. Correlações entre os fatores e o total (33 itens) da QIAIS-A e os fatores e o total da AQ na amostra de adolescentes em estudo**

QIAIS-A	AQ (Agressão Física)	AQ (Agressão Verbal)	AQ (Raiva)	AQ (Hostilidade)	AQ (Total)
Auto-dano	.265**	.116**	.262**	.301**	.321**
Ideação suicida	.146**	.123**	.295**	.482**	.338**
Total QIAIS-A (33 itens)	.499**	.351**	.522**	.475**	.603**

**\*\*p < .01**

Os valores de correlação encontrados na amostra entre o fator auto-dano e os fatores da AQ revelam-se, todos eles, fracos. Na relação do auto-dano com o fator Hostilidade a correlação apresenta-se mais alta (r=.301), ainda que fraca.

No caso do fator Ideação Suicida, os valores são igualmente baixos, exceto na relação com o fator Hostilidade (r=.482), apresentando-se este como moderado. O total da QIAIS-A correlaciona-se moderadamente com o total da AQ.

**3.2.4. Relação dos comportamentos de auto-dano e ideação suicida com os estilos parentais medidos pelo *Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire* (CECA-Q)**

Finalmente, na relação entre os estilos parentais (CECA-Q) e as variáveis dependentes em estudo (aut-dano e ideação suicida), a CECA-Q apresenta um alfa de *Cronbach* de .67 para o fator antipatia mãe, .80 para o fator antipatia pai, .36 para o fator negligência mãe e .29 para o fator negligência pai.

O Quadro 47. apresenta estas variáveis, onde se pode observar a existência de correlações significativas entre os fatores e o total da QIAIS-A e o fatores e total da CECA-Q. As correlações encontram-se no sentido de associação esperado, sendo que maior pontuação na QIAIS-A equivale a maior pontuação na CECA-Q. Os fatores de negligência dos pais, são uma exceção a esta regra uma vez que apresentam associações negativas não esperadas, sugerindo que quanto maior a pontuação nos fatores da QIAIS-A, menores serão as pontuações nos fatores negligência mãe e negligência pai da CECA-Q.

**Quadro 47. Correlações entre os fatores da QIAIS-A (auto-dano e ideação suicida) e o fator antipatia mãe e pai da CECA-Q na amostra total**

QIAIS-A	CECA-Q (Antipatia mãe)	CECA-Q (Antipatia pai)	CECA-Q (Negligência mãe)	CECA-Q (Negligência pai)	CECA-Q (Abuso Físico mãe)	CECA-Q (Abuso Físico pai)	CECA-Q (Total)
Auto- dano	.192**	.222**	-.080**	-.119**	.132**	.132**	.237**
Ideação suicida	.225**	.243**	-.172**	-.200**	.150**	.130**	.256**
Total QIAIS-A (33 itens)	.335**	.330**	-.196**	-.157**	.173**	.157**	.380**

\*\*p < .01

Os valores de correlação encontrados na amostra revelam-se muito fracos ou fracos, sendo a correlação mais alta para o fator auto-dano de  $r=.222$  com o fator Antipatia pai e  $r=.237$  para o total da CECA-Q, e a correlação mais alta para o fator ideação suicida de  $r=.243$  com o fator Antipatia pai e  $r=.256$  para o total da CECA-Q.

#### 4. Discussão

O objetivo principal deste estudo foi caracterizar os comportamentos de auto-dano e ideação suicida na população adolescente da ilha de São Miguel, bem como comparar esses mesmos comportamentos em diferentes grupos, nomeadamente, em função do género, da idade, do nível de escolaridade, da existência de reprovação académica, do nível socioeconómico dos pais, da satisfação do jovem na escola e da satisfação do jovem na família. Num segundo ponto o estudo objetivou, também, relacionar os comportamentos de auto-dano e ideação suicida com outras variáveis referidas pela literatura, como sejam: sintomatologia psicopatológica, auto-criticismo, raiva e estilos parentais.

Neste sentido, os estudos foram executados numa amostra de 1818 adolescentes, alunos do ensino secundário e do programa Oportunidade e PROFIJ das escolas da ilha. Salienta-se que foi possível a realização de todos os estudos inicialmente previstos. Para uma maior compreensão, analisa-se a discussão seguindo a mesma ordem da apresentação dos resultados.

##### *Estudos de caracterização do auto-dano e ideação suicida na amostra*

Inicialmente, e para podermos comparar os nossos resultados com estudos internacionais existentes na literatura, procedemos à caracterização, na nossa amostra, dos comportamentos de auto-dano onde se incluíram os comportamentos associados a comportamentos de risco, uma vez que muitos dos estudos internacionais juntam, na mesma definição, estes dois tipos de comportamentos. Na presente investigação, a percentagem de adolescentes que se envolvem nestes comportamentos é de 47.1 %, o que vem de acordo com Darche (1990) que encontra no seu estudo uma taxa de incidência dos comportamentos de auto-dano próxima dos 40% em indivíduos jovens.

Removendo dos comportamentos de auto-dano os associados a comportamentos de risco (35.1% da nossa análise), de acordo com a definição de auto-dano do presente estudo - comportamento direto que causa uma ligeira a moderada lesão física, realizada sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e/ou incapacidade intelectual organicamente determinada (Mangnall & Yurkovich, 2008) -, encontramos

uma percentagem de 31.3% de indivíduos que se envolvem em comportamentos de auto-dano propriamente. As taxas de incidência do auto-dano na adolescência aparecem muito elevadas na literatura (e.g., 61%; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991), talvez por não haver uma distinção entre comportamentos de auto-dano e comportamentos suicidas e, ainda, pelo facto, já referido, de os comportamentos de auto-dano estarem muitas vezes associados os comportamentos de risco. Na análise dos nossos resultados foi tida em conta a distinção entre estes comportamentos, de modo a chegarmos a dados mais fidedignos e próximos da realidade, contudo, a percentagem de adolescentes que se envolve em auto-dano é considerada ainda muito elevada (31.3%). Neste quadro apenas se considera os comportamentos de auto-dano no sentido estrito.

Para melhor compreensão destes resultados apresentamos a pontuação obtida pelos inquiridos na escala de auto-dano, concebida especialmente para este estudo e apresentada no estudo anterior. Nesta escala, 23.1% dos indivíduos que se envolveram em comportamentos de *auto-dano propriamente dito* obtiveram uma pontuação entre 7 a 24 valores (numa escala de 0 a 24), sendo que 76.9 % dos mesmos indivíduos obtiveram uma pontuação entre 1 e 6 valores. Apesar do valor de 23.1% poder parecer baixo consideramos ser importante ter em atenção os valores referentes aos 76.9% de adolescentes que obtiveram pontuações totais entre 1 e 6 da mesma escala. De facto, um indivíduo com pontuação 1 é muito diferente de um indivíduo com pontuação 6, estando este último num nível muito mais elevado de auto-dano. A pontuação 6 pode significar a existência de seis comportamentos de auto-dano algumas vezes, como também pode significar a existência de dois comportamentos de auto-dano sempre. Também a pontuação de 2 pode significar a existência de dois comportamentos de auto-dano algumas vezes, como pode significar a existência de um comportamento de auto-dano muitas vezes. Neste enquadramento, e no nosso entender, esta escala não deve ser vista apenas em termos da média da pontuação total obtida, sendo importante, na nossa opinião, a análise das respostas dadas em cada item. Embora continue a ser verdade que a pontuação mais alta corresponde a maior gravidade do comportamento, o valor a partir do qual se consideram estes comportamentos como preocupantes tem de ser baixo. Estes resultados vêm confirmar a necessidade de se efetuarem mais estudos, com o intuito de perceber como classificar a gravidade e os diferentes níveis de frequência do

comportamento de auto-dano (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

No que concerne à ideação suicida, apenas 22.2 % dos indivíduos que responderam a esta escala (n=1766), não apresenta qualquer ideação suicida, sendo que 51.5% apresenta ideação suicida moderada e 26.3% apresenta ideação suicida elevada ou muito elevada. Este dado vem de encontro à prevalência da ideação suicida na adolescência encontrada por alguns autores de estudos nesta área (Grunbaum et al., 2004 cit. in Bridge, Goldstein & Brent, 2006). No entanto, a taxa de ideação suicida (elevada ou muito elevada) encontrada nos adolescentes do nosso estudo (26.3%), é muito superior à taxa de ideação suicida encontrada em adolescentes da população em geral dos E.U.A. (7 a 12%) apresentada por Maris e colaboradores (2000 cit. in Borges & Werlang, 2006). Este resultado é preocupante e revela a pertinência de se encontrarem explicações justificativas do mesmo. Uma das explicações avançadas pela literatura da especialidade, mais especificamente pela *World Health Organization* (2002), reside no facto de os nossos adolescentes viverem numa ilha, de facto, esta organização refere que em algumas ilhas isoladas a taxa de suicídio é surpreendentemente alta quando comparada com a média regional.

Uma vez que os conflitos que os jovens vivem na adolescência podem ter, naturalmente, um carácter suicidógeno (Cassorla, 1987 cit. in Werlang, Borges & Fendterseifer, 2005), e que o jovem pode enveredar por comportamentos suicidas como solução para os seus problemas (Borges & Werlang, 2006), foi, no nosso entender, importante a distinção e separação, no nosso estudo, entre o comportamento de auto-dano e a ideação suicida, uma vez que tal distinção permitiu uma real visão do problema em si, não confundindo, os dois comportamentos. Esta ideia é corroborada por Andover e Gibb (2010), quando distanciam a tentativa de suicídio, considerada como um comportamento auto-destrutivo que é acompanhado de intenção suicida, do auto-dano, que não acarreta intenção suicida. Outros autores corroboram esta ideia (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009; Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Jacobson & Gould, 2007 cit. in Claes et al., 2010), referindo que estes dois comportamentos auto-destrutivos podem co-ocorrer. Reforçamos, assim, a ideia de Suyemoto (1998) quando refere que estes dois atos são diferentes.

Igualmente importante foi diferenciar o comportamento de *auto-dano propriamente dito*

e com recurso a objetos, do comportamento de *auto-dano associado a comportamentos de risco*, pois que, na adolescência, o jovem embarca, muitas vezes, em comportamentos de risco apenas por exploração ou pela influência do meio (Feijó & Oliveira, 2001).

Poderá acontecer que os conflitos que os jovens vivem na adolescência tenham naturalmente um carácter auto-lesivo, podendo o auto-dano, de algum modo, ser comum nesta fase de transição e transformações que é a adolescência?

São necessários mais estudos no sentido de perceber que características próprias desta fase podem parecer desajustadas e se traduzir em aspetos patológicos (Borges & Werlang, 2006).

A literatura aponta a impulsividade do indivíduo como um fator associado ao comportamento de auto-dano (Claes et al., 2010; Simeon et al., 1992 cit. in Janis & Nock, 2009; Madge et al., 2011) e ao comportamento suicida (Mann, 2002; Marcelli & Braconnier, 2005; WHO, 2002). Na nossa amostra, a impulsividade apresentou maior correlação com o comportamento de auto-dano do que com a ideação suicida, sendo que o auto-dano aumenta à medida que a impulsividade também aumenta.

Este resultado pode ser justificado à luz do modelo de Laufer (2000) que, no seu trabalho com adolescentes, percebeu que a tentativa de suicídio não era um impulso repentino e imprevisível, mas sim a manifestação de uma situação interna em que o jovem, perante o seu fracasso e sentindo-se incapaz de continuar a viver, se sentia encurralado e com desejo consciente de morrer. Esse desejo seria a forma de escapar daquela situação interna, ou seja, segundo este modelo, a impulsividade não é um fator determinante para a ideação suicida. Também Barrios, Everett, Simon e Brener (2000) referem que, pese embora alguns jovens façam tentativas de suicídio de forma impulsiva, muitos deles experienciam pensamentos e embarcam em comportamentos suicidas sem propriamente consumir o suicídio.

No nosso estudo, os resultados também apontam para uma relação entre o auto-dano e a ideação suicida, sendo que quando o comportamento de auto-dano aumenta a ideação suicida também se eleva, esta relação vem validar os resultados encontrados por Andover e Gibb (2010), num estudo recente, em que a história de auto-dano e a sua duração foram associadas, tanto à presença, como ao número de tentativas de suicídio.

Por um lado é importante a distinção destes dois comportamentos, como atrás referimos,

mas, por outro, também é importante o estudo da relação entre eles, uma vez que o auto-dano é o fator de risco com maior associação ao suicídio propriamente dito (NHS, 1998). A literatura sugere que haverá um *continuum* do auto-dano para a tentativa de suicídio (Joiner 2005 cit. in Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006).

Na análise das funções dos comportamentos de auto-dano, constata-se, pela observação dos dados do presente estudo, que todos os grupos de funções avaliados estão significativamente correlacionados com o fator auto-dano, sendo que as correlações mais baixas se registam entre estas funções e o *auto-dano associado a comportamentos de risco*. Este resultado não se nos afigura estranho, uma vez que os comportamentos de risco, conceptualizados como comportamentos que trazendo prazer imediato podem ter consequências a longo prazo, são, a maioria das vezes, praticados pelos adolescentes sem que estes tenham a percepção clara das consequências nefastas que dos mesmos podem advir. As *Funções de Reforço Automático Positivo* – em que os indivíduos se envolvem em comportamentos de auto-dano para criar um estado fisiológico desejável - têm maior correlação com o *auto-dano propriamente dito*, seguidas das *Funções de Reforço Social Negativo* – em que o indivíduo usa o auto-dano para escapar a demandas interpessoais (Nock & Prinstein, 2004).

Contudo, constata-se que a *Função de Reforço Automático Negativo* – que se refere ao uso do auto-dano pelo indivíduo como forma de alcançar uma redução de tensão ou outros estados afetivos negativos – encontra-se relacionada com todos os itens referentes ao fator auto-dano (próprio, com recurso a objetos ou associado a comportamentos de risco). Nock e Prinstein (2004) referem ser esta a função a mais comumente evocada nos seus estudos, enquanto a *Função de Reforço Automático Positivo* aparece muito mais associada ao auto-dano relacionado com os comportamentos de risco. Esses mesmos autores perceberam que as funções referidas pelos jovens com mais frequência eram as de reforço automático, o que vem de acordo com os resultados do nosso estudo, uma vez que a Função de Reforço Automático (*Positivo* ou *Negativo*) está relacionada com todos os itens do auto-dano. Nock e Prinstein (2004) apontam que a maioria dos jovens que se envolvem nestes comportamentos tem como objetivo a regulação (redução e/ou aumento) de experiências emocionais ou fisiológicas. Com certeza que a maior frequência de funções de reforço automático, e não de reforço social, se deve ao facto de estes

adolescentes serem socialmente mais isolados e, por isso, não terem muita oportunidade para a influência e o reforço social (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson & Boergers, 2001). Este resultado será melhor explicado aquando da discussão relativa à caracterização do comportamento de auto-dano em função das variáveis de satisfação do adolescente.

*Estudos de comparação entre grupos*

Os estudos de comparação dos indivíduos em função do **género** revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o auto-dano cometido por rapazes e o efetuado por raparigas ( $p > .05$ ). Contudo, os adolescentes do sexo feminino apresentam uma média de auto-dano superior à observada nos adolescentes do sexo masculino, o que vem mostrar uma tendência compatível com a corroboração da nossa hipótese de que os indivíduos do sexo feminino apresentam pontuações mais elevadas quanto aos comportamentos de auto-dano do que os adolescentes do sexo masculino (H2.1). Esta tendência está de acordo com os resultados apresentados pelo estudo *CASE (Child & Adolescent Self-harm in Europe)*, levado a cabo por Madge e colaboradores (2008): 13.5% das raparigas e 4.3% dos rapazes relatam um episódio de auto-dano na sua vida. Similarmente outros autores (Castro, 2002; Glucklich, 1999 cit. in Duque & Neves, 2004; Hawton Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Madge et al., 2008; Madge et al., 2011) referem o sexo feminino como o mais propenso a comportamentos auto-destrutivos.

Em suma, os resultados da presente investigação não esclarecem os resultados, aparentemente contraditórios, encontrados pelos diferentes estudos, mostrando da necessidade de se efetuarem mais estudos sobre esta problemática.

Relativamente à ideação suicida, são também os participantes do sexo feminino que apresentam valores superiores, quando comparados com os participantes do sexo masculino, corroborando igualmente a nossa hipótese de que adolescentes do sexo feminino apresentam pontuações mais elevadas quanto à ideação suicida do que os adolescentes do sexo masculino (H2.2.). Também alguns autores referem o mesmo dado (Kessler et al., 1999 cit. in Park et al., 2010; Kim et al., 2006 cit. in Park et al., 2010; Man, 1999 cit. in Borges & Werlang, 2006).

No que se reporta aos estudos de comparação destes comportamentos em função da

**idade**, constata-se que em todas as faixas etárias os valores dos comportamentos de auto-dano são bastante elevados. Contudo, são os jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 17 anos que apresentam os valores mais elevados, acima dos 50%. Estes resultados vão, em parte, ao encontro da nossa hipótese, onde se refere que os adolescentes das faixas etárias superiores apresentam mais comportamentos de auto-dano e ideação suicida do que os adolescentes de faixas etárias menores (H2.3.). Relativamente à ideação suicida, e embora não haja diferenças estatisticamente significativas na média da ideação suicida em função da idade ( $p > .05$ ), é a mesma faixa etária, dos 16 aos 17 anos, que apresenta valores superiores, quer em relação à ideação suicida moderada, quer relativamente à ideação elevada ou muito elevada. Estas idades são seguidas da faixa etária entre os 18 e os 19 anos. A *World Health Organization* (2002) refere ser a faixa entre os 15 e os 34 anos que apresenta dados preocupantes em relação aos comportamentos suicidas. Estes dados não auxiliam na interpretação dos nossos dados, uma vez que toda a nossa amostra de inscreve nesta faixa etária.

No que se refere aos estudos de comparação em função do **nível de ensino**, verifica-se que os alunos do programa Oportunidade e PROFIJ apresentam uma média superior em relação aos comportamentos de auto-dano, quando comparados com os alunos do ensino secundário, confirmando a nossa hipótese (H2.4. Os adolescentes que frequentam as turmas do programa Oportunidade e PROFIJ apresentam mais comportamentos de auto-dano do que os adolescentes das turmas do ensino secundário). Ou seja, há diferenças estatisticamente significativas na média do auto-dano em função do nível de ensino. Também a literatura aponta o menor nível de educação nos adolescentes como fator contribuinte para o comportamento auto-lesivo (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009).

Não há diferenças estatisticamente significativas na média entre a ideação suicida e os adolescentes separados por nível de ensino ( $p > .05$ ), não comprovando a nossa hipótese (H2.4. Os adolescentes que frequentam as turmas do programa Oportunidade e PROFIJ apresentam mais comportamentos de ideação suicida do que os adolescentes das turmas do ensino secundário). No entanto, observa-se que a maioria dos alunos, em qualquer nível de ensino apresenta maior percentagem de ideação suicida moderada.

Os estudos de comparação em função da **reprovação académica** revelam que, dos alunos que já se envolveram em comportamentos de auto-dano, 52.0% nunca reprovou de ano

sendo que 48.0% já reprovou. Apesar de estarmos a referir taxas igualmente altas em ambos os grupos, estes resultados não confirmam a nossa hipótese de que alunos com reprovação de ano apresentariam maior taxa de auto-dano (H2.5.). Não há diferenças estatisticamente significativas na média entre a ideação suicida e a reprovação de ano escolar ( $p > .05$ ), não comprovando igualmente a nossa hipótese onde se defende que alunos com reprovação de ano apresentariam maior taxa de ideação suicida (H2.5.).

Relativamente aos estudos de comparação em função do **nível socioeconómico** dos pais, não existe relação entre as variáveis auto-dano e nível socioeconómico ( $p > .05$ ), o que está de acordo com a nossa hipótese de que não existiriam diferenças do comportamento de auto-dano em função do rendimento dos pais dos jovens (H2.6. Tanto os adolescentes com pais em profissões de rendimento mais baixo, como os com pais em profissões de rendimento superior apresentam comportamentos de auto dano).

Entre a ideação suicida e o nível socioeconómico existe correlação negativa significativa ( $p < .05$ ), ou seja, quanto menor o nível socioeconómico maior será a ideação suicida, o que não confirma a nossa hipótese de que não haveriam diferenças da ideação suicida em função do rendimento dos pais dos jovens (H2.6.).

No que respeita aos estudos de comparação em função da **satisfação dos adolescentes com a escola**, os alunos nada ou pouco satisfeitos com a escola apresentam uma média de auto-dano ( $M = .35$ ) superior à média do auto-dano dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos ( $M = .30$ ). O mesmo acontece no que concerne à ideação suicida, onde os alunos nada ou pouco satisfeitos com a escola apresentam uma média superior ( $M = 3.05$ ) à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos com a escola ( $M = 2.28$ ). Existem diferenças estatisticamente significativas na média do auto-dano e da ideação suicida em função da satisfação dos adolescentes com a escola. Estes resultados confirmam a nossa hipótese (H2.7. Os adolescentes com maior satisfação na escola apresentam menos comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes com menor satisfação na escola).

Por fim, os estudos de comparação em função da **satisfação dos adolescentes com a família**, revelam que os alunos nada ou pouco satisfeitos com a família apresentam uma média de auto-dano ( $M = .44$ ) superior à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos com a família ( $M = .30$ ). O mesmo acontece no que concerne à ideação suicida, os alunos

nada ou pouco satisfeitos com a família apresentam uma média superior ( $M=3.75$ ) à média dos alunos satisfeitos ou muito satisfeitos com a família ( $M=2.13$ ). Existem diferenças estatisticamente significativas na média do auto-dano e da ideação suicida em função da satisfação dos adolescentes com a família. Estes resultados confirmam a nossa hipótese (H2.8. Os adolescentes com maior satisfação na família apresentam menos comportamentos de auto dano e ideação suicida do que os adolescentes com menor satisfação na família) e sugerem que a satisfação na escola e na família é uma variável imprescindível nos programas de prevenção destes comportamentos auto-lesivos a realizar com adolescentes.

#### *Estudos de relação com outras variáveis*

As correlações encontradas entre os fatores e o total (33 itens) da QIAIS-A e os fatores e o total da EADS-21 são significativas, embora variando de fraco a moderado. Estes dados mostram que o auto-dano se encontra significativamente correlacionado com a depressão, a ansiedade e o stress, embora esta correlação seja de magnitude baixa. A ideação suicida é a variável que se encontra mais corelacionada com a depressão, a ansiedade, o stress, ainda que com magnitude moderada. Maiores pontuações na EADS-21 sugerem maior frequência de comportamentos auto-destrutivos, o que confirma a nossa hipótese (H3.0). Embora existam correlações entre ao auto-dano, a depressão e a ansiedade (Mangnall & Yurkovich, 2008), o facto de serem de magnitude baixa pode dever-se ao facto de, aquando do preenchimento da escala, os indivíduos não se sentissem realmente ansiosos, aparecendo a ansiedade e a tensão apenas no momento anterior ao ato de auto-dano (Suyemoto, 1998), para além de que uma das funções do comportamento de auto-dano é, precisamente, aliviar a ansiedade (Williams & Bydalek, 2007), existindo evidências biológicas para que tal aconteça (Crowe & Bunclarck, 2000).

De acordo com Claes e colaboradores (2010), as pessoas que se envolvem em auto-dano e que não são suicidas tendem a ter sintomas menos severos de depressão, quando comparadas com pessoas suicidas, os nossos resultados mostram, de facto, que as correlações entre a ideação suicida e os sintomas psicopatológicos de ansiedade e depressão são de magnitude moderada, superiores às encontradas entre estes factores e o auto-dano.

No que respeita às correlações entre os fatores da QIAIS-A e os fatores da EFACT (Escala de Formas de Auto-criticismo/Ataque e Auto-tranquilizante), verifica-se a existência de correlações positivas e significativas entre os fatores da QIAIS-A e os fatores eu-odiado e eu-inadequado da EFACT, ou seja, quanto maior a frequência de comportamentos auto-destrutivos, maior o grau de auto-criticismo. Estes dados vêm corroborar a nossa hipótese (H3.1.).

No entanto, os valores de correlação encontrados, na nossa amostra, entre o auto-dano e os fatores do auto-criticismo revelam-se fracos ou moderados, sendo a ideação suicida aquela que apresenta valores de correlação mais forte, mas ainda moderada, ao *eu-odiado* ( $r=.468$ ) e ao *eu-inadequado* ( $r=.465$ ). O auto-dano correlaciona-se moderadamente com o *eu-odiado* ( $r=.408$ ), sendo esta a relação mais forte que apresenta.

A baixa correlação encontrada pode dever-se ao facto de não ser o auto-criticismo por si só que leva o indivíduo a ter comportamentos de auto-dano, mas sim a percepção mais geral do criticismo dos outros que pode explicar, mediar, essa relação (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

No que respeita ao eu-tranquilizador, verificam-se correlações negativas leves significativas com os fatores da QIAIS-A, sugerindo que maiores pontuações no auto-dano correspondem a menores pontuações no fator *eu-tranquilizador* do auto-criticismo, como esperado e de acordo com a nossa hipótese (H3.2.). Isto significa que quanto maior a capacidade o indivíduo de se auto-tranquilizar, maior a probabilidade de se não se envolver em comportamentos auto-destrutivos.

A existência de tais correlações reforma a importância de privilegiar a abordagem da auto-compassão, auto-ajuda, nos programas de intervenção nas escolas. As associações encontradas sugerem que a promoção de atitudes auto-tranquilizadoras pode ter impacto na prevenção de comportamentos de auto-dano e ideação suicida na adolescência. O que vem de acordo com a ideia de Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons (2004) de que desenvolver capacidades de auto-compassão e tolerar os sentimentos negativos, pode ajudar as pessoas a responder ao próprio ódio e desgosto que sentem por si mesmas e defenderem-se das suas próprias auto-críticas. Ensinar as pessoas a desenvolver um sentimento de auto-afeto poderia desenvolver vias auto-calmantes e calorosas no cérebro (Gilbert & Irons, 2005 in Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006; Gilbert &

Procter, 2006), o que poderá, terapeuticamente, deitar abaixo o auto-criticismo (Gilbert 2000 cit. in Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006) e, por sua vez, o comportamento de auto-dano.

Por sua vez, no que concerne à relação entre os fatores da QIAIS-A e da AQ, constata-se a presença de correlações positivas (Claes et al., 2010; Derouin & Bravender, 2004), o que significa que pontuações mais altas na QIAIS-A correspondem a pontuações mais altas na AQ, o que corrobora a nossa hipótese (H3.3.). Ou seja, quanto mais frequente são os comportamentos auto-destrutivos, maiores serão os valores da raiva do indivíduo.

Os valores de correlação encontrados na amostra entre o fator Auto-dano e os fatores da raiva, revelam-se fracos. A relação mais alta, ainda que fraca, é a observada entre o auto-dano e o fator Hostilidade da raiva ( $r=.301$ ). Também no caso do fator Ideação Suicida, os valores são igualmente baixos, exceto na relação com o fator Hostilidade ( $r=.482$ ) em que a relação é de magnitude moderada.

As associações encontradas sugerem que, quanto maior a ocorrência de comportamentos auto-destrutivos, maior o estado emocional de hostilidade do adolescente. Estes resultados vêm apoiar Mangnall e Yurkovich (2008) que referem a hostilidade como fator precipitante ou predisponente do comportamento de auto-dano.

A baixa correlação dos comportamentos auto-lesivos com a raiva pode ser justificada pelo facto de a maioria dos indivíduos dizer que, após o comportamento de auto-dano, a raiva desaparece (Suyemoto, 1998).

Também a raiva deve ser contemplada no desenho de programas de intervenção para adolescentes, devendo estes incluir a promoção de estratégias de controlo desta emoção para que um maior bem-estar se possa traduzir numa menor ocorrência de comportamentos auto-destrutivos.

No que respeita às correlações entre os fatores da QIAIS-A e os fatores da CECA-Q, que avalia os estilos parentais, constata-se a existência de correlações significativas entre os fatores e o total da QIAIS-A e os fatores e total da CECA-Q. As correlações encontram-se no sentido de associação esperado, sendo que maior pontuação na QIAIS-A equivale a maior pontuação na CECA-Q, validando a nossa hipótese (H3.4.). Os fatores de negligência dos pais são uma exceção a estes resultados, uma vez que apresentam associações negativas não esperadas, sugerindo que quanto maior as pontuações nos

fatores *negligência mãe* e *negligência pai*, menor será a ocorrência de comportamentos auto-destrutivos.

Estes resultados, remetem-nos para o estudo de Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007), em que o abuso físico e a negligência emocional não apareceram significativamente associados ao auto-dano. Estes autores chamam atenção para o facto de que nem todos os tipos de maltrato a crianças se encontram associados ao auto-dano.

#### *Limitações e potencialidades do estudo*

Faz-se importante enumerar algumas limitações da presente investigação que possam ter comprometido a interpretação dos resultados obtidos.

Dado tratar-se de uma população adolescente, a utilização de um protocolo de investigação extenso pode ter-se constituído fator de fadiga ou a perda de motivação.

Ao longo da recolha da amostra, constatou-se, por parte de alguns participantes pertencentes a turmas do programa Oportunidade e PROFIJ, a recusa ativa em proceder ao preenchimento total ou parcial do protocolo, dada a sua baixa escolaridade e dificuldades de compreensão, leitura e escrita do mesmo, mesmo após tentativa de adequação das escalas.

Contudo, esta limitação foi ao máximo controlada na medida em que os alunos com dificuldades foram acompanhados por técnicos no preenchimento do protocolo.

Neste sentido, ressalta-se a importância de, em estudos futuros, ser construída uma versão reduzida do protocolo, com vista a ser aplicada a alunos de escolaridade mais baixa.

Por outro lado, e apesar da referência à extensão do protocolo, muitos jovens referiram ter sido positivo o preenchimento do mesmo, na medida em que este lhes permitiu um melhor conhecimento e reflexão de si mesmos.

O método de avaliação baseou-se unicamente em escalas de auto-resposta, aplicadas num único ponto do tempo. A recolha em vários períodos de tempo poderia garantir a validade e a confiabilidade dos resultados observados.

Propõe-se, ainda, a aplicação, em estudo futuros, de entrevistas e *screenings* de psicopatologia, que possam permitir um melhor entendimento das causas de ocorrência destes comportamentos nos adolescentes.

Por ser um estudo exploratório e correlacional, foi analisada a relação destes

comportamentos auto-lesivos com as variáveis já referidas na literatura da especialidade. Seria importante estudar a relação com outras variáveis, como por exemplo a vergonha e a capacidade de *coping* dos adolescentes, de modo a conhecer mais e melhor estes comportamentos auto-lesivos.

Apesar das limitações acima enumeradas, os dados recolhidos e tratados neste estudo são uma mais-valia na medida em que permitem ter um conhecimento mais completo e sistematizado sobre os comportamentos auto-lesivos na adolescência.

## 5. Conclusões

O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo identificar a presença de comportamentos auto-destrutivos - comportamentos de auto-dano e ideação suicida – em adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, da população geral (não-clínica), da ilha de São Miguel – Açores; caracterizar os adolescentes da ilha com e sem comportamentos de auto-dano e ideação suicida e identificar quais as variáveis mais associadas a esses comportamentos.

Os resultados desta investigação indicam que os comportamentos auto-destrutivos são bastante prevalentes na população adolescente, principalmente em jovens entre os 16 e os 17 anos, do sexo feminino e pertencentes a um nível de ensino mais baixo.

O estudo das funções do auto-dano são fundamentais para perceber a intenção do indivíduo ao realizar tais comportamentos, sendo uma mais-valia na medida em que nos permitem entender quais os mecanismos psicofisiológicos associados ao auto-dano.

As *Funções de Reforço Automático Negativo* estão relacionadas ao auto-dano, quer próprio, quer associado a comportamentos de risco. As funções de reforço social, apesar de não serem as mais frequentes, são também um fator importante na ocorrência do auto-dano, uma vez que também foram indicadas por uma quantidade considerável de adolescentes. Estes resultados sublinham a importância do entender o porquê de os indivíduos realizarem auto-dano, ajudando a determinar o que pode ser mais eficaz nas intervenções nesta área de modo a diminuir estes comportamentos. Também a abordagem

terapêutica com estes adolescentes pode ser diferente e melhor adaptada de acordo com o grupo de funções em que o indivíduo se encaixa.

Dada a escassa pesquisa empírica nesta área e a elevada prevalência destes comportamentos, os resultados aqui expostos fornecem mais um passo importante na conceptualização do auto-dano, uma vez que estudos anteriores podem não ter diferenciado comportamentos suicidas dos comportamentos de auto-dano, e podem ter incluído apenas um tipo de auto-dano (e.g., auto-envenenamento, auto-corte).

Efetivamente, os comportamentos auto-destrutivos (auto-dano e ideação suicida) acusaram estar associados à sintomatologia psicopatológica, ao auto-críticismo, à raiva e aos estilos parentais críticos, ainda que com correlações baixas.

Essas associações mostram-se relevantes no que diz respeito ao desenho metodológico de programas de intervenção em contexto escolar, corroborando a importância da auto-compaixão e auto-ajuda no bem-estar do adolescente.

É importante que a investigação sobre a coexistência de desordens com estes comportamentos seja conduzida. Há ainda muito para aprender acerca dos comportamentos auto-lesivos, e mais estudos são necessários para perceber o que acontece ao nível do desenvolvimento na adolescência, que leva o jovem a tais condutas (Laufer, 2000).

Este estudo contribui para a clarificação do conceito de auto-dano, contudo, quanto à relação deste com outras variáveis, o estudo mostra-se menos eficaz na medida em que algumas parecem estar presentes de forma mais significativa apenas aquando do ato auto-lesivo. É fundamental, na nossa opinião, a investigação da relação dos comportamentos auto-lesivos com outras variáveis menos estudadas, permitindo o surgimento de dados com maior poder explicativos destes comportamentos.

---

**Referências Bibliográficas**

- Abreu, K. P., Lima, M. A. D. S., Kohlrausch, E. & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: Factores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 195-200.
- Allan, S. & Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 32, 551-565.
- Almeida, L.S. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilibrios Edições. Braga.
- Alvin, P. (2000). Les conduites suicidaires chez les adolescents – Quelles questions pour les professionnels? *Archives de Pédiatrie*, 7, 661-667.
- Andover, M. S. & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178, 101-105.
- Antoniazzi, A.S. (1999). Desenvolvimento de instrumentos para a avaliação de coping em adolescentes brasileiros. Dissertação de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F. & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134, 327-332.
- Barreto Carvalho, C. M. O. (2009). *Psicose Esquizofrénica. Crenças Paranóides: exploração da sua Etiologia na população normal e em doentes com esquizofrenia*. Dissertação de Doutorado. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Barrios, L. C., Everett, S.A., Simon, T. R. & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: Associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.
- Benincasa, M. & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: Factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia*, LVI(124), 93-110.

- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T. J., Evans, M. O. & Sharp, D. J. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: Cluster randomized controlled trial. *BMJ*, v324.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders*, 127, 257-265.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P.M. & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA-Q): Validation in a community series. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 563-581.
- Boergers, J., Spirito, A. & Donaldson, D., 1998. Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1293.
- Borges, V. R. & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Bridge, J. A., Goldstein, T.R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychiatry*, 47(3/4), 372-394.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27, 208-214.
- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R. & Beck, A T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. *Am J Psychiatry*, 162, 1977-1979.
- Brown, M.Z., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Butler, J. & Longhitano, C. (2008). Self-harm. *Psychiatric Aspects of General Medicine*, 36(9), 455-458.
- Buss, A.H. & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., Britta, S., Ayuso-Mateos, J. L. & Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 189, 410-415.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S. & Howlett, B. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1), 58-71.

- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H. & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48, 83-87.
- Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E. & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13, 108-114.
- Chapman, A.L., Gratz, K.L. & Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
- Crowe, M., & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 48-53.
- Darche, M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31-35.
- Derouin, A., & Bravender, T. (2004). Living on the edge: The current phenomenon of self-mutilation in adolescents. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2, 12-19.
- DiClemente, R.J., Ponton, L.E. & Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 735-739.
- DSM-IV-TR, *Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (2006). Trad. Almeida, J.N. 4 ed. rev. Climepsi Editores.
- Duque, A.F., e Neves, P.G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 215-227.
- Églé Laufer, M. (2000). Uma pesquisa sobre a tentativa de suicídio na adolescência, In M. Laufer (Ed.), *O adolescente suicida* (pp. 97-109). Lisboa: Climepsi editores.
- Ferreira, M. & Nelas, P.B. (2006) Adolescências...Adolescentes... *Millenium on.line – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 32, 141-162. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C.E. (2001). Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*, 36 (142), 241-248.
- Fliege, H., Lee, J.R., Grimm, A. & Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477-493.

- Freemann, A. & Reinecke, M.A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Galbán, L.Y.P., Rodríguez, L.C., Cruz, M.P., Arencibia, T.G. & Álvarez, M.G. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187.
- Garcia-Léon, A., Reyes, G.A., Vila, J., Pérez, N., Robles H. & Ramos, M. (2002). The aggression questionnaire: A validation study in student samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 1, 45-53.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1997). *O inquérito: Teoria e prática*. Celta Editora. Oeiras.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In Gilbert, P. & Andrews, B. (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*, 3-29. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P., Cheung, M.S.P., Wright, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108–115.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205-1230.
- Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F. & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.

- Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R. & Palmer, M. (2006a). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183-200.
- Gilbert, P., Durrant, R. & McEwan, K. (2006b). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences*, 41, 1299-1308.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L. & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483-2490.
- Goss, J.R., Peterson, K., Smith, L.W., Kalb, K. & Brodey, B.B. (2002). Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. *Psychiatric Services*, 53, 574-579.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D. & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1062-1069.
- Hankin, B.L. & Abela, J.R.Z. (2011). Non-suicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186, 65-70.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Harriss, L. (2009). Adolescents who self harm: A comparison of those who go to hospital and those who do not. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(1), 24-30.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 325, 601-607.
- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. Acedido em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- Hawton, K., Harriss, L. & Rodham, K. (2010). How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. *European Child Adolescents Psychiatry*, 19, 513-523.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J.R. & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal Psychology*, 45, 297-308.
- Janis, I.B. & Nock, M.K. (2009). Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*, 169, 261-267.
- Joffe, R. (2000). Não me ajudem: O adolescente suicida. In Laufer (2000). *O adolescente suicida*. Climepsi Editores.
- Kapur, N. (2009). Self-harm. *Psychiatry and Medicine*, 8(6), 189-193.
- Kerby D. S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 35, 249-261.
- Laufer (2000). *O adolescente suicida*. Climepsi Editores.
- Lopes, P., Barreira, D.P. & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 47-57.
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- MacCrimmon, K.R. & Wehrung, D.A. (1986). Assessing risk propensity. In Daboni, L. Montesano, A. & Lines, M. (Eds.). *Recent developments in the foundations of utility and risk theory*, 291-309.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K. V., Leo, D. D. & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., Leo, D.D., Wilde, E. J., Fekete, S., Heeringen, K.V., Ystgaard, M. & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressfull life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 20, 499-508.
- Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-184.
- Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *American College of Physicians – American Society of Internal Medicine*, 136(4), 302-311.

- Marcelli, D. e Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística: Com utilização do SPSS*. Edições Sílabo. Portugal.
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F. & Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behavior and psychopathology in young suicide attempters – A register-based nested case control study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 43, 28-36.
- Moreira, N., A.C. e Gonçalves, R.A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1 (xxviii), 133-148.
- Nock, M.K., Jr. Joiner T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson E. & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Nock, M.K. & Prinstein, M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890.
- Novick, L.F., Cibula, D.A. & Sutphen, S.M. (2003). Adolescent suicide prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4S), 150-156.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (1998). Deliberate self-harm. *Effective Health Care*. 4(6).
- Oliveira, J.H.B. & Oliveira, A.M. (1996). *Psicologia da educação escolar I: Aluno-aprendizagem*. Edições Almedina. Coimbra.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Park, Y.J., Ryu, H., Han, K.S., Kwon, J.H, Kim, H.K., Kang, H.C., Yoon, J.W., Cheon, S.H. & Shin, H. (2010). Anger, anger expression, and suicidal ideation in Korea adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24 (3), 168-177.
- Park, S.M., Cho, S.I. & Moon, S.S. (2010). Factors associated with suicidal ideation: Role of emotional and instrumental support. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 389-397.
- Pelios, L., Morren, J., Tesch, D. e Axelrod, S. (1999). The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(2), 185-195.
- Plano Nacional de Saúde (2004). Orientações Estratégicas. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Vol.II, 216p.

- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: Teoria e prática*. Edições Almedina. Coimbra.
- Potter, N. (2003). Commodity/body/sign: Borderline personality disorder and the signification of self-injurious behavior [versão eletrónica]. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 10(1), 1.
- Ritcher, A., Gilbert, P. & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171-184.
- Rodrigues, N. (2001). Educação: Da formação humana à construção do sujeito ético. *Educação & Sociedade*, 22 (76), 232-257.
- Sacristán, J.G. & Gómez, A.I. (1998). Compreender e transformar o ensino. *Artes Médicas*, 1-6
- Sampieri, R.H., Collado C.H. & Lucio P.B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. 3ª edição. McGrawHill. São Palo.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M.R.M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Ystgaard, M., Arensman, E., De Leo, D., Fekete, S. & Van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? – Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry Epidemiology*, 44, 601-607.
- Sinclair, J.M.A., Crane, C., Hawton, K. & Williams, J.M.G. (2007). The role of autobiographical memory specificity in deliberate self-harm: Correlates and consequences. *Journal of Affective Disorders*, 102, 11-18.
- Skegg, K (2005). Self-harm. *Seminar in [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)*, 366, 1471-1483.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V. & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Stheneur, C. (2006). Tentative de suicide : comment repérer un adolescente en danger? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19, 218-222.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.

- Tournemire, R. (2010). Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence – Données épidémiologiques: comment s'y retrouver? *Archives de Pédiatrie*, 17, 1202-1209.
- Vrouva, I., Fonagy, P., Fearon, P.R.M. & Roussow, T. (2010). The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents: Development and Psychometric Evaluation. *Psychological Assessment*, 22(4), 852-865.
- Vrshek-Schallhorn, S., Czarlinski, J., Mineka, S., Zinbarg, R. E. & Craske, M. (2011). Prospective predictors of suicidal ideation during depressive episodes among older adolescents and young adults. *Personality and Individual Differences*, 50, 1202-1207.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., e Fensterseifer, L. (2005). Factores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39 (2), 259-266.
- WHO - World Health Organization (2002). Multisite intervention study on suicidal behaviours – Supre Miss. Geneva.
- Williams, K. A. & Bydalek, K. A. (2007). Adolescent self-mutilation: Diagnosis & treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(12), 19-23.
- Wohl, M. (2000). Uma rapariga suicida vinda de um lar afectuoso, In M. Laufer (Ed.), *O adolescente suicida* (pp. 45-50). Lisboa: Climepsi editores.
- Wohl e Joffe (2000). Uma rapariga suicida vinda de um lar afectuoso; Não me ajudem: O adolescente suicida In M. Laufer (Ed.), *O adolescente suicida* (pp. 45-50), (pp. 57-66). Lisboa: Climepsi editores.
- Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., Van Heeringen, K., Hewitt, A., Wilde, E. J., De Leo, D. & Fekete, S. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32, 875-891.

## **ANEXOS**

---

**Anexo 1: Pedido de autorização para a realização do estudo****UNIVERSIDADE DOS AÇORES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

Exma. Senhora Directora Regional da Educação

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Projecto final de tese (identificação de comportamentos de risco na adolescência), orientada pela Professora Doutora Célia Barreto Carvalho, docente do Departamento de Ciências da Educação da Universidade dos Açores, vimos solicitar a colaboração da Vossa Excelência para a presente investigação.

O estudo que tencionamos desenvolver tem por objectivo conhecer e caracterizar alguns aspectos psicológicos e comportamentais (indicados na literatura como factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência), dos alunos entre os 15 e 18 anos de idade, de todas as escolas secundárias da ilha de São Miguel. Pretende-se, em última análise, reunir informação sustentada, que possa ser posteriormente mobilizada para o desenvolvimento de projectos educativos preventivos destes mesmos comportamentos de risco e que possam envolver as escolas da Região Autónoma dos Açores.

Como previamente referido, pretendemos identificar e caracterizar os factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência. A investigação nesta área tem vindo a preocupar-se com questões relacionadas com a forma como os indivíduos percebem e reagem aos indícios sociais de inferioridade, os quais podem indicar perda de posição social ou de aceitação social por parte dos outros (Gilbert, 1992; Allan & Gilbert, 1997, in Gilbert & Miler, 2000). Para além disso, a evidência científica tem observado, também, que, no respeitante ao *ranking* social, a posição que determinado indivíduo ocupa na sociedade desempenha um papel fundamental na expressão de comportamentos de agressividade (Sapolsky, 1989, 1990; Ray & Sapolsky, 1992; Scott, 1990, in Allan & Gilbert, 2002). Neste sentido, a percepção do *ranking* social (a forma como avaliamos e interpretamos a posição social) exerce uma grande importância, quer na forma como interagimos, quer no modo, como lidamos com as situações, o que se mostra fundamental no estabelecimento das relações interpessoais.

Freeman e colaboradores (2005) observaram que indivíduos com sentimentos de inferioridade e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança. Estes autores sugerem que a falta de auto-confiança pode levar a sentimentos de maior vulnerabilidade a ataques, contribuindo para a ocorrência de ideias paranóides. Este facto é consistente com evidências experimentais de que a sensibilidade interpessoal pode levar à ideiação persecutória (Freeman et al, 2003, in Freeman et al, 2005).

Visto que se a população alvo do presente estudo é constituída por adolescentes, torna-se importante ter em atenção a forma como estes recordam a sua infância. Na transição da infância para a adolescência, as preocupações dos indivíduos com a pertença aos seus grupos de pares e com a posição social que ocupam no grupo são cada vez maiores (Baumeister & Leary, 1995, in Irons & Gilbert, 2005), assim sendo, os adolescentes podem ser particularmente sensíveis a questões de comparação social e preocupações com a sua posição social entre os seus pares.

Alguns estudos nesta área mostram que as preocupações excessivas com sentimentos de inferioridade em relação aos outros e a tendência para a emissão de comportamentos de submissão se mostram altamente associadas a níveis elevados de depressão e a sintomas de ansiedade em adultos (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 2000, in Irons & Gilbert, 2005).

Verifica-se, igualmente, o interesse dos investigadores pelos comportamentos de auto-mutilação na adolescência, os quais têm vindo a aumentar significativamente, alertando para o impacto que estes mesmos comportamentos podem ter na vida do indivíduo (Pelios et al., 1999 cit. por Duque e Neves, 2004). Essa preocupação aumenta quando diversos autores referem a adolescência como a faixa etária em que estes comportamentos auto-lesivos são mais comuns (Duque e Neves, 2004).

Para que os programas de prevenção nesta área sejam eficazes é fundamental que se disponha de informação precisa e fidedigna acerca da auto-mutilação e da ideação suicida, mostrando-se igualmente fulcral a identificação de jovens em risco (Hawton et al., 2002), ou seja, é essencial uma boa caracterização dos indivíduos - alvo (Cais, 2006).

Em termos metodológicos, a investigação comporta, numa primeira fase, o levantamento de dados relativos à composição da totalidade de turmas do **10.º ao 12.º ano de escolaridade** da ilha de São Miguel, bem como das turmas **Oportunidades**. Posteriormente, e numa segunda fase, pretendemos aplicar alguns questionários aos alunos das turmas atrás referidas, a fim de recolhermos os dados necessários à persecução dos objectivos do presente estudo.

No sentido de tornar possível esta investigação, pedimos a V. Ex. que se digne conceder-nos autorização para a realização deste estudo nas escolas de S. Miguel. Solicitamos, ainda, que se digne conceder-nos informação acerca do número de escolas secundárias existentes na ilha de São Miguel e, destas, quais as que possuem turmas de oportunidades e 10.º, 11.º e 12.º ano de escolaridade.

Côncias da importância vital da participação da vossa Direcção Regional para o êxito deste estudo e certas de que o nosso pedido merecerá a maior atenção da parte de V. Ex., manifestamos, desde já, inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 05 de Janeiro de 2012

A orientadora do estudo

As alunas dinamizadoras do estudo

---

Célia Barreto Carvalho

---

Carolina Nunes e Vera Pereira

## Anexo 2: Autorização da DRE para a realização do estudo



Exmas Senhoras DRAS.  
Vera Pereira  
Célia Barreto Carvalho  
Carolina Nunes  
Rua Dr. Raul Bem Saude n.º 1, 4.º Dr. S. Pedro  
9500 - 700 Ponta Delgada

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Angra Heroísmo
	N.	S-DRE/2012/316	19 de Janeiro de 2012
		DAI/19.13	

**ASSUNTO:** EXPOSIÇÃO

Relativamente à V. Solicitação, somos a autorizar a realização deste estudo nas escolas de São Miguel.

Mais se informa que são oito as escolas desta ilha com ensino secundário e todas elas possuem turmas de oportunidades.

Solicitamos, ainda, que nos enviem as conclusões após efectuado o estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRETORA REGIONAL

*Maria da Graça Teixeira*

MARIA DA GRAÇA LOPES TEIXEIRA

MQ/MLS

Paços da Junta Geral – Carreira dos Cavalos  
9700-167 Angra do Heroísmo

Telef. 295401100  
Fax 295401182

Email: [dref.info@azores.gov.pt](mailto:dref.info@azores.gov.pt)  
<http://www.edu.azores.gov.pt>

---

**Anexo 3: Pedido de participação no estudo às escolas****UNIVERSIDADE DOS AÇORES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

Exms(as). Senhores(as)  
Presidentes dos Conselhos Executivos

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Projecto final de tese (identificação de comportamentos de risco na adolescência), orientada pela Professora Doutora Célia Barreto Carvalho, docente do Departamento de Ciências da Educação da Universidade dos Açores, vimos solicitar a colaboração da Vossa Excelência para a presente investigação.

O estudo que tencionamos desenvolver tem por objectivo conhecer e caracterizar alguns aspectos psicológicos e comportamentais (indicados na literatura como factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência), dos alunos entre os 15 e 18 anos de idade, de todas as escolas secundárias da ilha de São Miguel. Pretende-se, em última análise, reunir informação sustentada, que possa ser posteriormente mobilizada para o desenvolvimento de projectos educativos preventivos destes mesmos comportamentos de risco e que possam envolver as escolas da Região Autónoma dos Açores.

Como previamente referido, pretendemos identificar e caracterizar os factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência. A investigação nesta área tem vindo a preocupar-se com questões relacionadas com a forma como os indivíduos percebem e reagem aos indícios sociais de inferioridade, os quais podem indicar perda de posição social ou de aceitação social por parte dos outros (Gilbert, 1992; Allan & Gilbert, 1997, in Gilbert & Miler, 2000). Para além disso, a evidência científica tem observado, também, que, no respeitante ao *ranking* social, a posição que determinado indivíduo ocupa na sociedade desempenha um papel fundamental na expressão de comportamentos de agressividade (Sapolsky, 1989, 1990; Ray & Sapolsky, 1992; Scott, 1990, in Allan & Gilbert, 2002). Neste sentido, a percepção do *ranking* social (a forma como avaliamos e interpretamos a posição social) exerce uma grande importância, quer na forma como interagimos, quer no modo, como lidamos com as situações, o que se mostra fundamental no estabelecimento das relações interpessoais.

Freeman e colaboradores (2005) observaram que indivíduos com sentimentos de inferioridade e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança. Estes autores sugerem que a falta de auto-confiança pode levar a sentimentos de maior vulnerabilidade a ataques, contribuindo para a ocorrência de ideias paranóides. Este facto é consistente com evidências experimentais de que a sensibilidade interpessoal pode levar à ideiação persecutória (Freeman et al, 2003, in Freeman et al, 2005).

Visto que se a população alvo do presente estudo é constituída por adolescentes, torna-se importante ter em atenção a forma como estes recordam a sua infância. Na transição da infância para a adolescência, as preocupações dos indivíduos com a pertença aos seus grupos de pares e com a posição social que ocupam no grupo são cada vez maiores (Baumeister & Leary, 1995, in Irons & Gilbert, 2005), assim sendo, os adolescentes podem ser particularmente sensíveis a questões de comparação social e preocupações com a sua posição social entre os seus pares.

Alguns estudos nesta área mostram que as preocupações excessivas com sentimentos de inferioridade em relação aos outros e a tendência para a emissão de comportamentos de submissão se mostram altamente associadas a níveis elevados de depressão e a sintomas de ansiedade em adultos (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 2000, in Irons & Gilbert, 2005).

Verifica-se, igualmente, o interesse dos investigadores pelos comportamentos de auto-mutilação na adolescência, os quais têm vindo a aumentar significativamente, alertando para o impacto que estes mesmos comportamentos podem ter na vida do indivíduo (Pelios et al., 1999 cit. por Duque e Neves, 2004). Essa preocupação aumenta quando diversos autores referem a adolescência como a faixa etária em que estes comportamentos auto-lesivos são mais comuns (Duque e Neves, 2004).

Para que os programas de prevenção nesta área sejam eficazes é fundamental que se disponha de informação precisa e fidedigna acerca da auto-mutilação e da ideação suicida, mostrando-se igualmente fulcral a identificação de jovens em risco (Hawton et al., 2002), ou seja, é essencial uma boa caracterização dos indivíduos - alvo (Cais, 2006).

Em termos metodológicos, a investigação comporta, numa primeira fase, o levantamento de dados relativos à composição da totalidade de turmas do **10.º ao 12.º ano de escolaridade** da ilha de São Miguel, bem como das turmas **Oportunidades**. Posteriormente, e numa segunda fase, pretendemos aplicar alguns questionários aos alunos das turmas atrás referidas, a fim de recolhermos os dados necessários à persecução dos objectivos do presente estudo.

No sentido de tornar possível esta investigação, pedimos a V. Ex. que se digne conceder-nos autorização para a realização deste estudo nas escolas de S. Miguel. Solicitamos, ainda, que se digne conceder-nos informação acerca do número de escolas secundárias existentes na ilha de São Miguel e, destas, quais as que possuem turmas de oportunidades e 10.º, 11.º e 12.º ano de escolaridade.

Côncias da importância vital da participação da vossa Direcção Regional para o êxito deste estudo e certas de que o nosso pedido merecerá a maior atenção da parte de V. Ex., manifestamos, desde já, inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 05 de Janeiro de 2012

A orientadora do estudo

As alunas dinamizadoras do estudo

---

Célia Barreto Carvalho

---

Carolina Nunes e Vera Pereira

Tabela identificativa dos alunos – 10.º ano

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / oportunidades)
1	10.º				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

---

---

---

Tabela identificativa dos alunos – 11.º ano

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / oportunidades)
1	11.º				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

---

---

---

Tabela identificativa dos alunos

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / oportunidades)
1	12.º				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

---

---

---

Tabela identificativa dos alunos – turmas de Oportunidades

	<b>Ano</b>	<b>Turma</b>	<b>N.º alunos</b>	<b>Idades compreendidas</b>	<b>Tipo turma (regular / oportunidades)</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

---

---

---

## Anexo 4: Consentimento informado aos pais dos alunos



Universidade dos Açores  
Departamento de Ciências da Educação  
Mestrado em Psicologia da Educação

### Consentimento Livre e Esclarecido

Os comportamentos de risco podem comprometer a saúde física e mental do adolescente. Assim, o levantamento de factores de risco e de factores de protecção para o desenvolvimento dos comportamentos de risco mostra-se importante, de modo a podermos avaliar a situação dos jovens de forma preventiva. Se estes factores não forem devidamente identificados, poderão ser consolidadas certas atitudes que trarão consequências significativas a nível individual, familiar e social.

Este estudo tem como objectivo caracterizar os comportamentos de risco na adolescência, para que seja possível o desenvolvimento de programas de prevenção eficazes.

1. Para a realização deste estudo de Mestrado, o seu filho(a) participará de uma recolha de dados que consiste em responder a alguns questionários especialmente elaborados para jovens, que permitem estudar os factores que estão referidos na literatura como predisponentes a comportamentos de risco.
2. Não existe nenhum tipo de risco, desconforto ou exposição do seu filho(a), sendo os seus dados confidenciais. O seu nome não será registado.
3. Este estudo faz parte do Mestrado da Universidade dos Açores, na área de Psicologia da Educação, da ilha de São Miguel e tem como objectivo a caracterização de comportamentos de risco.
4. Solicitamos a Vossa Ex.<sup>ª</sup> que, se **NÃO** autorizar a participação do seu filho(a) no estudo, assine o presente termo e o encaminhe por intermédio do seu filho(a).

\_\_\_\_\_  
Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

-----  
Eu, \_\_\_\_\_ portador do B.I. \_\_\_\_\_,  
responsável, **NÃO** autorizo o meu filho(a) \_\_\_\_\_ a  
participar dos procedimentos de recolha de dados para a realização do estudo acima  
exposto.

\_\_\_\_\_  
O/A responsável

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXO 5: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

CÓDIGO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Estudo sobre Comportamentos de Risco na Adolescência**

O estudo que tencionamos desenvolver tem por objectivo conhecer e caracterizar alguns aspectos psicológicos e comportamentais dos adolescentes entre os 15 e 18 anos de idade, de todas as escolas de 3ºciclo e secundárias da ilha de São Miguel. Vimos pedir a tua colaboração a fim de nos ajudares a entender melhor os comportamentos de risco dos adolescentes. Para isso responde com toda a sinceridade a todas as perguntas das escalas constantes deste caderno. Não existem respostas certas ou erradas. A tua colaboração é voluntária e confidencial, não tens de colocar o teu nome em nenhuma parte destes questionários. A tua ajuda é da máxima importância para nós. Desde já MUITO OBRIGADA!

**Dados Sócio Demográficos**

Preenche, por favor, a seguinte página, com base nos teus dados pessoais. Não necessitas de colocar o teu nome em nenhuma parte deste questionário, todas as respostas são anónimas.

1. Idade \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Feminino
2. Ano de escolaridade \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_
3. Com quem vives?
 

<input type="checkbox"/> Ambos os pais	<input type="checkbox"/> Com irmãos
<input type="checkbox"/> Só com o pai	<input type="checkbox"/> Numa Instituição
<input type="checkbox"/> Só com a mãe	
<input type="checkbox"/> Com outras pessoas: Diz com quem, por favor _____	
4. Tens irmão?
 

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ Que idade têm? _____
------------------------------	---
5. Qual a profissão da tua mãe? \_\_\_\_\_ e do teu pai? \_\_\_\_\_
6. Que habilitações académicas tem a tua mãe? Quantos anos de escola completou?
 

<input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever	<input type="checkbox"/> 3ºciclo/9ºano
<input type="checkbox"/> 1ºciclo/4ªclasse	<input type="checkbox"/> Ensino secundário
<input type="checkbox"/> 2ºciclo/6ºan	<input type="checkbox"/> Ensino superior
7. Que habilitações académicas tem o teu pai? Quantos anos de escola completou?
 

<input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever
<input type="checkbox"/> 1ºciclo/4ªclasse
<input type="checkbox"/> 2ºciclo/6ºan
<input type="checkbox"/> 3ºciclo/9ºano
<input type="checkbox"/> Ensino secundário
<input type="checkbox"/> Ensino superior

8. Já reprovaste algum ano?  Não  Sim

Se respondeste sim, indica na tabela em baixo o(s) ano(s) e o número de vezes:

Ano de escolaridade									
Número de reprovações									

8. Qual a tua disciplina preferida? \_\_\_\_\_

9. Qual a disciplina de que menos gostas? \_\_\_\_\_

10. Regista no quadro abaixo a nota que tiveste, o **ano passado** e o **período passado**, nas disciplinas de Português e Matemática. Utiliza apenas os quadrados que se aplicam ao teu caso (ex: se estás no 11ºano, utiliza apenas as colunas respeitantes ao 10º e 11ºanos).

	9ºano	10ºano	11ºano	12ºano	Outro – ano passado	Outro – este ano
Português						
Matemática						

11. Assinala com uma cruz (X) o teu grau de satisfação com:

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
Escola					
Colegas da turma					
Colegas da escola de outras turmas					
Amigos da escola					
Amigos sem ser da escola					
Professores					
Funcionários					
Pais					
Irmãos					
Restante família					

## MCAI-A

## Memórias de Calor e Afecto na Infância – Versão para adolescentes

(Adap. para a população adolescente portuguesa: Barreto Carvalho, C.; Castilho, P. &amp; Pinto-Gouveia, 2012)

Esta escala explora algumas das nossas emoções. Em baixo, vais encontrar um conjunto de afirmações relativas a sentimentos e emoções que possas ter. Por favor, lê com atenção cada uma delas e assinala com um **X** o número que melhor descreve a frequência com que sentes estas emoções.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	A maior parte do tempo
	0	1	2	3	4
1. Sinto-me seguro e protegido.					
2. Sinto-me valorizado pela minha maneira de ser.					
3. Sinto-me compreendido.					
4. Sinto-me aconchegado pelas pessoas à minha volta.					
5. Sinto-me à vontade a partilhar os meus sentimentos e pensamentos com as pessoas à minha volta.					
6. Sinto que as pessoas gostam da minha companhia.					
7. Sei que posso contar com a empatia e compreensão das pessoas mais próximas quando estou infeliz.					
8. Sinto-me calmo e em paz.					
9. Sinto que sou um membro querido da minha família.					
10. Quando estou infeliz, consigo facilmente ser amparado/reconfortado por aqueles que me são próximos					
11. Sinto-me amado (a).					
12. Sinto-me à vontade em pedir ajuda ou conselhos às pessoas importantes para mim.					
13. Sinto-me integrado no grupo de pessoas à minha volta.					
14. Sinto-me amado mesmo quando as pessoas estão aborrecidas com algo que eu tenha feito.					
15. Sinto-me feliz.					
16. Sinto-me ligado (a) aos outros.					
17. Sei que posso contar com aqueles que me são próximos para me consolar quando estou aborrecido/perturbado.					
18. Sinto que os outros se importam comigo.					
19. Tenho um sentimento de pertença (integrado(a)/identificado (a)).					
20. Sei que posso contar com a ajuda daqueles que me são próximos quando estou infeliz.					
21. Sinto-me descontraído.					

## CECA-Q

(Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire, Bifulco et al., 2005)

(Adap. para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C. &amp; Pereira, V., 2012)

**A. Como te recordas da tua figura materna**

*Faz um círculo à volta número apropriado. Se tiveres mais do que uma figura materna, escolhe aquela com quem estás mais tempo, ou aquela com quem tens mais dificuldades em viver.*

**Que figura materna vais descrever a seguir:**

1. Mãe biológica
2. Madrasta
3. Outros familiares, ex. tia, avó
4. Outras pessoas não familiares, ex. mãe adoptiva, madrinha
5. Outra (descreva) \_\_\_\_\_

Assinala com um círculo à volta do nº, de acordo com o cabeçalho das respostas, o grau que melhor define a relação com a pessoa em causa.

	Não de modo nenhum		Mais ao menos	Sim totalmente	
1. É muito difícil agradar-lhe.	1	2	3	4	5
2. Interessa-se pelas minhas preocupações.	1	2	3	4	5
3. Interessa-se por aquilo que eu faço na escola.	1	2	3	4	5
4. Faz-me sentir indesejado(a).	1	2	3	4	5
5. Tenta fazer sentir-me melhor quando eu estou triste.	1	2	3	4	5
6. É muito crítica em relação a mim.	1	2	3	4	5
7. Deixou de me acompanhar antes de eu ter 10 anos.	1	2	3	4	5
8. Habitualmente tem tempo para falar comigo.	1	2	3	4	5
9. Bate-me frequentemente.	1	2	3	4	5
10. Às vezes faz-me sentir inútil.	1	2	3	4	5
11. Frequentemente implica comigo injustamente.	1	2	3	4	5
12. Se eu precisar dela ela está presente.	1	2	3	4	5
13. Interessa-se por saber quem são os meus amigos.	1	2	3	4	5
14. Preocupa-se em saber os locais que eu frequento.	1	2	3	4	5
15. Fica preocupada comigo quando eu estou doente.	1	2	3	4	5
16. Descuida-se em relação às minhas necessidades básicas (ex. comida e roupas).	1	2	3	4	5
17. Não gosta de mim tanto como dos meus irmãos e irmãs (deixar em branco se não existirem irmãos).	1	2	3	4	5

**B. Como te recordas da tua figura paterna**

*Faz um círculo à volta número apropriado. Se tiveres mais do que uma figura paterna, escolhe aquela com quem estás mais tempo, ou aquela com quem tens mais dificuldades em viver.*

**Que figura paterna vais descrever a seguir:**

6. Pai biológico
7. Padrasto
8. Outros familiares, ex. tio, avô
9. Outras pessoas não familiares, ex. pai adoptivo, padrinho
10. Outro (descreva) \_\_\_\_\_

Assinala com um círculo à volta do nº, de acordo com o cabeçalho das respostas, o grau que melhor define a relação com a pessoa em causa.

	Não de modo nenhum		Mais ao menos	Sim totalmente	
	1	2	3	4	5
1. É muito difícil agradar-lhe.	1	2	3	4	5
2. Interessa-se pelas minhas preocupações.	1	2	3	4	5
3. Interessa-se por aquilo que eu faço na escola.	1	2	3	4	5
4. Faz-me sentir indesejado(a).	1	2	3	4	5
5. Tenta fazer sentir-me melhor quando eu estou triste.	1	2	3	4	5
6. É muito crítico em relação a mim.	1	2	3	4	5
7. Deixou de me acompanhar antes de eu ter 10 anos.	1	2	3	4	5
8. Habitualmente tem tempo para falar comigo.	1	2	3	4	5
9. Bate-me frequentemente.	1	2	3	4	5
10. Às vezes faz-me sentir inútil.	1	2	3	4	5
11. Frequentemente implica comigo injustamente.	1	2	3	4	5
12. Se eu precisar dele ele está presente.	1	2	3	4	5
13. Interessa-se por saber quem são os meus amigos.	1	2	3	4	5
14. Preocupa-se em saber os locais que eu frequento.	1	2	3	4	5
15. Fica preocupado comigo quando eu estou doente.	1	2	3	4	5
16. Descuida-se em relação às minhas necessidades básicas (ex. comida e roupas).	1	2	3	4	5
17. Não gosta de mim tanto como dos meus irmãos e irmãs (deixar em branco se não existirem irmãos).	1	2	3	4	5

### C. Punições físicas por parte das figuras parentais ou por outras pessoas do agregado familiar.

*Faz um círculo à volta da resposta apropriada*

Quando eras criança ou durante a tua adolescência és ou foste alguma vez agredido(a) repetidamente com um objecto (por exemplo um cinto ou pau), esmurrado(a), pontapeado(a), ou queimado(a) por alguém que mora ou morava em tua casa.

**Sim – Não**

**Se respondeste “Não”, passa para a pergunta D.:**

Se respondeste “Sim”:	Figura Materna	Figura Paterna
1. Que idade tinhas quando as agressões começaram?	Idade.....	Idade.....
2. As agressões aconteceram mais do que uma vez?	Sim - Não	Sim - Não
3. Como eras agredido?	1. Cinto ou pau 2. Esmurrado/pontapeado 3. Agredido com a mão 4. Outras.....	1. Cinto ou pau 2. Esmurrado/pontapeado 3. Agredido com a mão 4. Outras.....
4. Alguma vez ficaste com marcas, ex. olhos negros ou nódoas negras, feridas, membros partidos?	Sim - Não	Sim - Não
5. A pessoa que te agrediu estava tão zangado(a) que parecia estar descontrolado(a)?	Sim - Não	Sim - Não

---

Tiveste a mesma experiência de punição física com mais alguém do agregado familiar?

**Sim – Não**

**D. Experiências sexuais não desejadas**

*Faz um círculo à volta da resposta correcta*

1. Quando eras criança ou na tua adolescência tens ou alguma vez tiveste experiências sexuais indesejadas?	<b>Sim – Não - Não tem a certeza</b>
2. Alguém te forçou ou convenceu a ter relações sexuais contra a tua vontade?	<b>Sim – Não - Não tem a certeza</b>

**ESCALA DE FORMAS DE AUTO-CRITICISMO/ATAQUE  
E AUTO-TRANQUILIZANTE (EFACT)**

Gilbert *et al.*, 2004

Tradução e adaptação: Barreto Carvalho, C.; Castilho, P.; Nunes, C. (2012)

Quando as coisas vão mal nas nossas vidas ou não correm como nós esperávamos, e sentimos que poderíamos ter feito melhor, às vezes temos pensamentos e sentimentos negativos e de auto-crítica. Estes podem ser sentimentos de que não vale a pena, de inutilidade ou inferioridade, etc. No entanto, as pessoas também podem tentar ser solidárias consigo próprias. Abaixo estão uma série de pensamentos e sentimentos que as pessoas por vezes têm. Lê atentamente cada afirmação e coloca um círculo no número que melhor descreve quanto cada afirmação é verdadeira para ti.

Por favor usa a seguinte escala:

	Nada como eu 0	Um bocadinho como eu 1	Mais ou menos como eu 2	Um bocado como eu 3	Exactamente como eu 4
1. Fico facilmente desapontado comigo mesmo.	0	1	2	3	4
2. Há uma parte de mim que me põe em baixo.	0	1	2	3	4
3. Eu sou capaz de me lembrar de coisas positivas acerca de mim.	0	1	2	3	4
4. Sinto dificuldade em controlar a raiva e frustração que sinto comigo mesmo.	0	1	2	3	4
5. Perdoo-me facilmente.	0	1	2	3	4
6. Há uma parte de mim que pensa que não sou suficientemente bom.	0	1	2	3	4
7. Sinto-me derrotado pelos meus pensamentos auto-críticos.	0	1	2	3	4
8. Continuo a gostar de mim.	0	1	2	3	4
9. Eu fico tão zangado comigo mesmo que me apetece magoar-me ou ferir-me.	0	1	2	3	4
10. Tenho um sentimento de nojo por mim mesma (a).	0	1	2	3	4
11. Continuo a sentir que posso ser amado (a) e que ainda sou aceitável.	0	1	2	3	4
12. Eu deixei de me preocupar comigo e de cuidar de mim.	0	1	2	3	4
13. Acho fácil gostar de mim mesmo.	0	1	2	3	4
14. Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos.	0	1	2	3	4
15. Eu chamo nomes a mim mesmo.	0	1	2	3	4
16. Eu sou carinhoso (a) e cuido de mim mesmo (a).	0	1	2	3	4
17. Eu não consigo aceitar fracassos e retrocessos sem me sentir inadequado.	0	1	2	3	4
18. Penso que mereço a minha auto-crítica.	0	1	2	3	4
19. Eu sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo (a).	0	1	2	3	4
20. Há uma parte de mim que quer se libertar dos aspectos de que não gosta.	0	1	2	3	4
21. Eu encorajo-me a mim mesmo (a) acerca do futuro.	0	1	2	3	4
22. Eu não gosto de ser como sou.	0	1	2	3	4

## AQ

(Buss &amp; Perry, 1992)

(Trad. e adap. para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C. &amp; Pereira, V., 2012)

**Lê com cuidado as seguintes questões que abordam características pessoais.**

Para cada questão faz um círculo em torno do número que melhor indique o grau em que sentes que a afirmação se aplica a ti.

NÃO TEM NADA  
A VER COMIGOTEM MUITO A  
VER COMIGO

1. De vez em quando não consigo controlar o impulso de bater noutra pessoa.	1	2	3	4	5
2. Digo abertamente aos meus amigos quando discordo deles.	1	2	3	4	5
3. “Fervo em pouca água”, mas passa-me depressa.	1	2	3	4	5
4. Às vezes fico consumido (a) pelos ciúmes que tenho.	1	2	3	4	5
5. Dou por mim, muitas vezes, a discordar das pessoas.	1	2	3	4	5
6. Se houver provocação suficiente, eu posso agredir fisicamente a outra pessoa.	1	2	3	4	5
7. Às vezes penso que não obtenho nada de bom da vida.	1	2	3	4	5
8. Quando me sinto frustrado(a), deixo mostrar a minha irritação.	1	2	3	4	5
9. Parece que os outros são aqueles que obtêm as oportunidades todas.	1	2	3	4	5
10. Às vezes sinto-me como uma “panela de pressão” pronto(a) a explodir.	1	2	3	4	5
11. Quando as pessoas me chateiam, posso-lhes dizer na cara o que penso delas.	1	2	3	4	5
12. Se alguém me agride, eu faço o mesmo.	1	2	3	4	5
13. Sou uma pessoa equilibrada.	1	2	3	4	5
14. Não consigo evitar entrar em discussões quando as pessoas discordam comigo.	1	2	3	4	5
15. Por vezes penso porque é que sou tão amargo(a) acerca das coisas.	1	2	3	4	5
16. Entro mais em lutas do que a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
17. Eu sei que “amigos” (as) falam de mim nas minhas costas.	1	2	3	4	5
18. Se eu tiver que usar a violência para proteger os meus direitos, então usarei.	1	2	3	4	5
19. Alguns dos meus amigos acham que eu tenho o “pavio curto”.	1	2	3	4	5
20. Por vezes eu perco as estribeiras sem haver razão aparente para tal acontecer.	1	2	3	4	5
21. Há pessoas que me irritaram tanto que entramos em conflito.	1	2	3	4	5
22. Os meus amigos dizem que tenho dificuldade em defender as minhas ideias.	1	2	3	4	5
23. Tenho suspeitas sobre pessoas estranhas que são demasiado simpáticas.	1	2	3	4	5
24. Posso dar boas razões para agredir uma pessoa.	1	2	3	4	5
25. Tenho dificuldades em controlar o meu temperamento.	1	2	3	4	5
26. Por vezes sinto que as pessoas se riem de mim nas minhas costas.	1	2	3	4	5
27. Já ameacei pessoas que conheço.	1	2	3	4	5
28. Quando as pessoas são especialmente atenciosas, começo a pensar no que elas querem.	1	2	3	4	5
29. Já fiquei tão doido(a), que já parti coisas.	1	2	3	4	5

## QIAIS-A

(Castilho' P., Barreto Carvalho, C., Nunes, C. &amp; Pinto-Gouveia, J., 2012)

Este questionário destina-se a avaliar comportamentos impulsivos, de auto-dano e pensamentos suicidas.

De seguida vais encontrar algumas afirmações que mostram como os adolescentes por vezes se sentem. Por favor, lê cada frase com atenção e marca a resposta que melhor se adapta a ti. Não existem respostas certas ou erradas.

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3
-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------

## A. Impulso

	0	1	2	3
1. Faço coisas sem pensar nas consequências.				
2. Os outros dizem que ando "a mil há hora".				
3. Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.				
4. Perco a paciência muitas vezes.				
5. Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.				
6. Termino as tarefas que começo.				
7. É difícil para mim controlar as emoções.				
8. Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.				
9. Gosto de planear o que faço com tempo.				
10. Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.				
11. Para mim é difícil ficar quieto.				
12. Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex: álcool, comida, jogo).				
13. Sou cuidadoso (a).				
14. Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.				
15. É fácil concentrar-me.				
16. É difícil esperar numa fila.				

## B. Auto-dano

	0	1	2	3
1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, <b>de propósito</b> .				
2. Bato <b>de propósito</b> com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc).				
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo <b>de propósito</b> .				
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objectos <b>de propósito</b> . (almofada, por exemplo).				
5. Corto certas partes do meu corpo <b>de propósito</b> . (com lâminas, tesouras, facas, x-acto, etc.).				
6. Queimo certas partes do meu corpo <b>de propósito</b> . (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).				
7. Espeto agulhas ou objectos semelhantes no meu corpo <b>de propósito</b> .				
8. Engulo e/ou introduzo objectos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas <b>de propósito</b> .				

	0	1	2	3
9. Abuso excessivamente de álcool.				
10. Abuso excessivamente de drogas leves.				
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar “mocado”).				
12. Abuso de laxantes.				
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).				
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem protecção, etc.).				

Outros comportamentos \_\_\_\_\_

Se **respondeste 0** a todas as questões anteriores passa para a **pergunta D** (ideação suicida). Se tens alguma **resposta com 1 ou mais continua por favor.**

Esta parte do questionário destina-se a compreender melhor o comportamento de auto-agressão sem intenção suicida. Vais encontrar algumas afirmações que podem mostrar a utilidade que este comportamento tem para ti.

### C. Funções

	Sim	Não
1.Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido .		
2.Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.		
3.Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.		
4.Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.		
5.Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria) .		
6.Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.		
7.Magoo-me para me sentir menos inferior.		
8.Quando me magoo procuro castigar-me .		
9.Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.		
10.Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto .		
11.Magoar-me ajuda-me a auto-controlar.		
12.Magoar-me ajuda-me a acalmar.		
13.Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.		
14.Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex: excitação, alegria).		
15.Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.		
16.Magoo-me para chamar a atenção dos outros.		
17.Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.		
18.Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas .		
19.Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.		
20.Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.		
21.Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.		
22.Magoo-me para me vingar dos outros.		
23.Magoo-me para não magoar os outros.		
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.		
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.		
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.		
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.		
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.		
29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.		
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.		
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer .		

---

**D. Ideação Suicida**

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3			
			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. Já houve alturas em que pensei que me queria matar.						
2. Há alturas em que penso que não tenho futuro nem saída.						
3. Há alturas em que gostava de desaparecer.						

## RTSHIA

(Vrouva, I., 2010)

(Tradução e adaptação de Xavier, A., Pinto-Gouveia, J. &amp; Cunha, M., 2011)

**Instruções:**

Este questionário apresenta uma série de comportamentos diferentes que os jovens às vezes fazem. Por favor, não fiques preocupado se algumas afirmações parecerem estranhas. Elas permitem um melhor conhecimento e compreensão destes comportamentos diferentes que alguns jovens manifestam e da melhor forma de os ajudar.

- ✓ Por favor, completa este questionário individualmente.
- ✓ Se alguma das afirmações não se aplica ao teu caso, por favor coloca um X no “*Nunca*”.
- ✓ Por favor tenta responder o mais sinceramente possível.
- ✓ Todas as respostas são totalmente confidenciais.

TABELA A1

	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
1. Alguma vez correste riscos durante a prática do teu <i>hobbie</i> /passatempo (ex. não usar o capacete ou outros equipamentos de segurança, ou fazer acrobacias perigosas com o <i>skate</i> /bicicleta)?				
2. Alguma vez atravessaste de propósito a estrada de um modo perigoso ou conduziste de um modo arriscado (ex. não usar cinto de segurança ou conduzir sob o efeito de álcool ou drogas)?				
3. Alguma vez te colocaste numa situação de risco sabendo que podes ser apanhado(a) (ex. usar cábulas nos testes, viajar de autocarro sem comprar bilhete, roubar nas lojas)?				
4. Alguma vez foste suspenso (i.e. punido com expulsão) ou abandonaste a escola?				
5. Alguma vez passaste a noite fora, sem os teus pais saberem onde estavas?				
6. Alguma vez participaste em actos violentos em grupo, ou em lutas físicas, ou tiveste uma arma?				
7. Alguma vez foste promíscuo (tiveste vários parceiros sexuais num curto espaço de tempo)?				
8. Alguma vez tiveste relações sexuais sem usar precauções contra doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez?				
9. Alguma vez te colocaste em risco de ser abusado(a) sexualmente?				
10. Alguma vez bebeste tanto que ficaste realmente bêbedo(a)?				
11. Alguma vez experimentaste drogas (tais como, marijuana, cocaína, LSD, etc.)				
12. Alguma vez fumaste cigarros?				

TABELA A2

Por favor, responde “*uma vez*”, “*mais de uma vez*” ou “*muitas vezes*” nas questões seguintes apenas se fizeste esses comportamentos de modo **intencional ou propositadamente** para te magoares. Responde *Nunca* se fizeste apenas acidentalmente (ex. tropeçaste ou bateste com a cabeça acidentalmente).

	Nunca	Uma Vez	Mais de uma vez	Muitas vezes
13. Alguma vez te cortaste intencionalmente, ou seja, de propósito?				
14. Alguma vez te queimaste de propósito com um objecto quente (ex. cigarro)?				
15. Alguma vez te mordeste de propósito até fazer ferida?				

16. Alguma vez bateste de propósito com a cabeça contra alguma coisa ou bateste em ti próprio(a) a ponto de causar nódoas negras?				
17. Alguma vez, de propósito, impediste feridas de cicatrizarem, ou te magoaste nalguma zona do teu corpo até fazer sangue?				
18. Alguma vez te arranhaste , de propósito, com as unhas ou com outro objecto, de modo a fazer ferida?				
19. Alguma vez usaste de propósito algum objecto cortante (ex. lixa) ou derramaste algum produto tóxico (ex. ácido) de modo a ferir a pele?				
20. Alguma vez te magoaste de propósito, nalguma zona do teu corpo?				
21. Alguma vez partiste deliberadamente um osso, caindo de propósito, ou de qualquer outro modo?				

**22. Escolhe A ou B:**

- A. Eu nunca me feri deliberadamente (de propósito).  
 B. Eu feri-me deliberadamente(de propósito) pelo menos uma vez.

Se respondeste **B**, qual a parte do corpo que feriste de propósito? Por favor, assinala uma (ou mais) das seguintes opções:

- Tronco, barriga, nádegas  
 Face  
 Mãos, braço, dedos, unhas  
 Outra (por favor diz qual) \_\_\_\_\_
- Cabeça  
 Pescoço  
 Pernas, pés, dedos dos pés

TABELA A3

	Nunca	Uma Vez	Mais de Uma vez	Muitas vezes
23. Alguma vez arrancaste de propósito cabelo?				
24. Alguma vez inalaste (cheiraste) de propósito alguma coisa prejudicial (excluindo fumo de cigarro ou drogas) ou ingeriste alguma coisa estranha?				
25. Alguma vez passaste fome para te punires ou magoares?				
26. Alguma vez usaste laxantes para te punires ou magoares? (laxantes: uma droga que te faz ir ao WC)				
27. Alguma vez já te forçaste a comer demais para te punires ou magoares?				
28. Alguma vez estiveste numa relação de amizade ou amorosa com alguém que repetidamente te fere propositadamente os sentimentos?				
29. Alguma vez tentaste magoar-te pensando coisas horríveis acerca de ti próprio(a)?				
30. Alguma vez tomaste uma quantidade excessiva de medicação (sem que tenha sido prescrito pelo médico)?				
31. Alguma vez pensaste seriamente em prejudicar/ferir uma parte do teu corpo?				
32. Alguma vez pensaste seriamente em suicidar-te?				
33. Alguma vez tentaste o suicídio?				
34. Alguma vez te feriste de propósito, de alguma das maneiras acima mencionadas, que te levou a ser hospitalizado(a) ou a ter uma lesão grave que necessitasse de tratamento médico?				

## EADS-21

(Lovibond &amp; Lovibond, 1995)

(Versão Portuguesa para adolescentes: Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. &amp; Leal, I.)

**Instruções:** Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Não se aplicou nada a mim</b>	<b>Aplicou-se a mim algumas vezes</b>	<b>Aplicou-se a mim muitas vezes</b>	<b>Aplicou-se a mim a maior parte das vezes</b>
1. Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar-me.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que, por vezes, estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

---

**Anexo 6: Lista de classificação da avaliação do nível socioeconómico dos pais  
(Almeida, 1989)**

*Nível socioeconómico baixo:* trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, até ao ciclo preparatório.

*Nível socioeconómico médio:* trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, eletricitas; motoristas; pequenos patrões do comércio, indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes; pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, seguros e bancários; agentes de segurança; contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundários; do 4º ano ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

*Nível socioeconómico elevado:* grandes empresários ou proprietários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e dos serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitetos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário em superior); oficias superiores das forças militares e militarizadas, pilotos de aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.