



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Paula Micaela da Costa Medeiros

“AUTODANO E IDEAÇÃO SUICIDA EM INDIVÍDUOS COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA”

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

**Realizada sob a Orientação Científica de:
Prof.^a Doutora Célia Barreto Carvalho**

Ponta Delgada, 2016

Paula Micaela da Costa Medeiros

“AUTODANO E IDEAÇÃO SUICIDA EM INDIVÍDUOS COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA”

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

**Realizada sob a Orientação Científica de:
Prof.^a Doutora Célia Barreto Carvalho**

Ponta Delgada, 2016

Resumo

O comportamento de autodano e a ideação suicida são fenômenos complexos com elevadas taxas de incidência na população em geral, mas principalmente na população clínica, devido à sua coexistência e inter-relação com diversas patologias psiquiátricas (Klonsky, 2007; McKelvey, Pfaff & Acres, *cit. in* Borges & Werlang, 2006). Estes comportamentos resultam da interação entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos, psicopatológicos, culturais e sociais (Hawton, Rodham & Evans, 2006; Abreu, Lima, Kohlraush & Soares, 2010)

O principal objetivo deste estudo foi identificar e caracterizar a presença do comportamento de autodano e da ideação suicida em indivíduos com patologias psiquiátricas, com idades compreendidas entre os 14 e os 29 anos, das ilhas de São Miguel e Santa Maria (Grupo Oriental do Arquipélago dos Açores). Para além disso, objetivou-se identificar os fatores preditores daqueles comportamentos, de forma a prevenir futuramente a sua ocorrência.

Na recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A); Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh (SWEMWBS); Escala de Satisfação com a Vida (ESV); Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-tranquilizante (FSCR); Questionário da Agressividade (AQ); Escala de Memórias de Calor e Afeto na Infância (MCAI); Escala de Vergonha Externa - Versão breve para Adolescentes (OASB-A); Questionário de Competência Emocional (QCE) e Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (CECA-Q).

Os resultados obtidos mostram que o autodano e a ideação suicida ocorrem com elevada frequência na população em estudo (N=52). Na origem do autodano foi possível identificar fatores como o autocriticismo (*Eu detestado*) e a impulsividade. Relativamente à ideação suicida os resultados indicam que é a depressão, a satisfação com a vida e a capacidade para lidar com a emoção que estão na sua génese e podem contribuir para a sua manutenção.

Palavras-chave: adolescentes, patologias psiquiátricas, autodano, ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio.

Abstract

Deliberate self-harm behavior and suicidal ideation are complex phenomena with high incidence rates in the general population, but mainly in the clinical population because of their coexistence and interrelation with several psychiatric disorders (Klonsky, 2007; McKelvey, Pfaff & Acres, *cit. in* Borges & Werlang, 2006). These behaviors result from the interaction between genetic, biological, psychological, psychopathological, cultural and social factors (Hawton, Rodham & Evans, 2006; Abreu, Lima, Kohlraush & Soares, 2010).

The aim of this study was to identify and characterize the presence of deliberate self-harm behavior and suicidal ideation in patients with psychiatric disorders, aged between 14 and 29 years, from the islands of São Miguel and Santa Maria (Eastern Group of the Azores). Furthermore, it aimed to identify predictors of these behaviors in order to further prevent its occurrence.

In data collection the following instruments were used: Impulse, Self-harm and Suicidal Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A); Depression, Anxiety Stress Scales (DASS-21); Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS); Satisfaction With Life Scale (SWLS); Aggression Questionnaire (AQ); Childhood Early Memories of Warmth and Safeness *Scale* (EMEPCS); The Other As Shamer Scale short version for adolescents (OASB-A); Forms of Self-criticizing/attacking and self-reassuring scales (FSCR); Emotional Skills and Competence (ESCQ) Questionnaire and Childhood experience of care and abuse Questionnaire (CECA-Q).

The results show that self-harm behavior and suicidal thoughts occur with high frequency in the study population (N = 52). At the origin of deliberate self-harm it was possible to identify factors such as self-criticism and impulsiveness. The suicidal ideation results indicate that depression, satisfaction with life and the ability to deal with the emotion, are in their origin and may contribute to its maintenance.

Keywords: adolescents, psychiatric disorders, deliberate self-harm, suicidal ideation, suicide attempts and suicide

Agradecimentos

Ao longo deste percurso diversas foram as pessoas que contribuíram para o meu crescimento académico e pessoal. As palavras serão sempre poucas para exprimir a minha imensa gratidão.

Quero agradecer em particular:

À minha querida orientadora, Prof.^a Doutora Célia Barreto Carvalho, pelos seus ensinamentos, pela paciência e pelo otimismo e confiança que me transmitiu. Nos momentos difíceis deste percurso nunca deixou de acreditar nas minhas capacidades e incentivou-me sempre a dar mais e o melhor de mim. Muito obrigada mesmo!

À minha querida Joana Cabral, o meu anjinho enviado do céu, por ter caminhado lado a lado comigo, sem nunca me deixar cair. Fez de tudo para me ajudar, dedicando-se de corpo e alma a uma tese que não era sua. Obrigada por tudo!

A todos os professores e colegas que contribuíram para a minha formação pessoal e académica, nos últimos anos, possibilitando o meu enriquecimento académico e pessoal.

Às instituições que colaboraram no processo de recolha de dados, viabilizando este estudo, designadamente, o Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Divino Espírito Santo e a Unidade de Saúde de Vila do Porto.

Ao Doutor Bruno Seixas e à Dra. Filipa Duarte que colaboraram ativamente na recolha dos dados. Quero agradecer-lhes também a excelente receptividade com que me acolheram e a partilha das suas experiências laborais, com as quais aprendi muito.

A todos os participantes deste estudo, fonte da minha motivação durante esta investigação, este estudo foi de facto realizado com eles e para eles!

À Marta, pela sua amizade e por todo o apoio fornecido ao longo deste percurso.

À minha Carlinha, o meu outro anjinho, pelas palavras amigas e apoio incondicional.

À Vera, minha grande amiga e irmã de coração, por estar sempre presente nas horas mais difíceis e que com a sua imensa generosidade e otimismo conseguiu sempre me tranquilizar e alegrar.

Aos meus queridos sogros pelo carinho e ternura com que me presentearam.

Aos meus queridos pais e irmã que tanto amor me transmitiram e que apesar de todas as dificuldades nunca deixaram de acreditar em mim.

Ao Zé pelo amor incondicional e carinho que me ofereceu e por ser o meu porto seguro durante todo este percurso.

A todos,

O meu Profundo, Sincero e Eterno agradecimento

Abreviaturas

APA – *American Psychological Association*

AQ – Questionário de Agressividade

CECA-Q – Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância

DSM-IV – *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

ESV – Escala de Satisfação com a Vida

FSCR – Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-tranquilizante

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

MCAI – Escala de Memórias de Calor e Afeto na Infância

OASB-A – Escala de Vergonha Externa – Versão Breve para Adolescentes

PNPS – Plano Nacional para a Prevenção do Suicídio

QCE – Questionário de Competência Emocional

QIAIS-A – Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência

SWEMWBS – Escala de Warwick-Edinburgh de Bem-Estar Mental

WHO – *World Health Organization*

Índice

Resumo.....	3
Abstract	4
Agradecimentos	5
Abreviaturas.....	6
Introdução.....	12
Capítulo I – Enquadramento Conceptual.....	16
1. Patologias psiquiátricas na adolescência	16
2. O comportamento de autodano	17
2.1. Definição e conceito de comportamento de autodano	17
2.2. A prevalência do comportamento de autodano.....	24
2.3. Abordagens explicativas e funções do comportamento de autodano	27
2.4. Fatores de risco e de proteção associados ao comportamento de autodano.....	31
3. O comportamento suicida.....	33
3.1. Definição e conceito de comportamento suicida	33
3.2. A prevalência do comportamento suicida	36
3.3. Fatores de risco e de proteção associados ao comportamento suicida	39
3.4. Relação do comportamento suicida com o autodano	42
4. Psicopatologia associada ao comportamento de autodano e ao comportamento suicida....	43
Capítulo II – Estudo Empírico: Caracterização do autodano e da ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica	47
1. Objetivos	47
2. Metodologia	48
2.1. Design metodológico.....	48
2.2. Procedimentos de recolha de dados.....	49
2.3. Procedimentos estatísticos	50
2.4. Instrumentos de diagnóstico e de medida.....	51
2.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, académica e clínica.....	51
2.4.2. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência	51
2.4.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	52
2.4.4. Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh	52
2.4.5. Escala de Satisfação com a vida	52
2.4.6. Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante	52
2.4.7. Questionário da Agressividade	53

2.4.8. Escala de Memórias de Calor e Afeto na Infância – Versão para Adolescentes	53
2.4.9. Escala de Vergonha Externa – Versão breve para Adolescentes	53
2.4.10. Questionário de Competência Emocional.....	54
2.4.11. Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância.....	54
2.5. Caracterização da amostra.....	54
2.5.1. Critérios de inclusão e de exclusão	54
2.5.2. Caracterização sociodemográfica, académica e clínica	55
3. Análise dos resultados.....	57
3.1. Caracterização do autodano numa amostra de indivíduos com patologias psiquiátricas	57
3.1.1. Frequência e intensidade do autodano	57
3.1.2. Funções do autodano no grupo de indivíduos com este comportamento	59
3.1.3. Caracterização do autodano em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas	61
3.1.3.1. Género.....	61
3.1.3.2. Idade.....	62
3.1.3.3. Habilitações literárias.....	63
3.1.3.4. Reprovações académicas	64
3.1.3.5. Nível socioeconómico	64
3.1.3.6. Patologias psiquiátricas.....	65
3.2. Caracterização da ideação suicida numa amostra de indivíduos com patologias psiquiátricas	67
3.2.1. Frequência e intensidade da ideação suicida.....	67
3.2.2. Caracterização da ideação suicida em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas	68
3.2.2.1. Género.....	68
3.2.2.2. Idade.....	68
3.2.2.3. Habilitações literárias.....	69
3.2.2.4. Reprovações académicas	69
3.2.2.5. Nível socioeconómico	69
3.2.2.6. Patologias psiquiátricas.....	70
3.2.3. Ocorrência do autodano em função da ideação suicida.....	71
3.3. Análise do valor preditivo das variáveis mencionadas na literatura	72
3.3.1. Correlação entre o autodano e a ideação suicida e as variáveis mencionadas na literatura como predictoras destes comportamentos.....	72

3.3.2. Efeito preditivo de variáveis mencionadas na literatura como explicativas do autodano em indivíduos com patologia psiquiátrica	74
3.3.3. Efeito preditivo de variáveis mencionadas na literatura como explicativas da ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica	74
4. Discussão	75
4.1. Discussão dos resultados relativamente ao comportamento de autodano	75
4.2. Discussão dos resultados relativamente à ideação suicida	80
4.3. Discussão dos resultados relativamente aos preditores e às variáveis correlacionadas com o autodano e a ideação suicida	83
4.3.1. Discussão dos resultados relativamente aos preditores e às variáveis correlacionadas com autodano	84
4.3.2. Discussão dos resultados relativamente aos preditores e às variáveis correlacionadas com a ideação suicida	86
5. Limitações e potencialidades do estudo	88
6. Considerações finais	90
Referências Bibliográficas	92
Anexos	100
Anexo I	101
Anexo II	102
Anexo III	103
Anexo IV	104

Índice de Quadros

Quadro 1 – Habilitações literárias dos participantes

Quadro 2 – Reprovações académicas

Quadro 3 – Caracterização da amostra em função das patologias psiquiátricas

Quadro 4 – Frequência do comportamento de autodano

Quadro 5 – Intensidade do autodano propriamente dito

Quadro 6 – Itens da QIAIS-A relativos às funções de reforço automático

Quadro 7 – Itens da QIAIS-A relativos às funções de reforço social

Quadro 8 – Correlações das funções de reforço automático e reforço social com o autodano propriamente dito e com os comportamentos de risco

Quadro 9 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções relativamente ao género (N=52)

Quadro 10 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação à idade

Quadro 11 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação às habilitações literárias

Quadro 12 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação à existência ou inexistência de reprovações escolares

Quadro 13 – Comparação das médias do autodano e das suas funções em relação aos 3 níveis socioeconómicos

Quadro 14 – Comparação das médias do autodano e das suas funções em relação às patologias psiquiátricas

Quadro 15 – Frequência da ideação suicida

Quadro 16 – Intensidade da ideação suicida

Quadro 17 – Comparação das médias da ideação suicida em função do género

Quadro 18 – Comparação das médias da ideação suicida em função da variável idade

Quadro 19 – Comparação das médias de ideação suicida em relação às habilitações literárias

Quadro 20 - Comparação das médias de ideação suicida em relação à existência ou inexistência de reprovações escolares

Quadro 21 - Comparação das médias de ideação suicida em função do nível socioeconómico

Quadro 22 - Comparação das médias de ideação suicida em função das patologias psiquiátricas

Quadro 23 - Ocorrência do autodano em função da ideação suicida

Quadro 24 - Correlação do autodano e da ideação suicida com as variáveis mencionadas na literatura como preditoras destes comportamentos

Introdução

Os comportamentos autodestrutivos, nos quais estão incluídos o comportamento de autodano e o comportamento suicida, são considerados um grave problema de saúde pública (WHO, 2000, 2002; Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) relacionado, muitas vezes, com a existência de patologias do foro psiquiátrico (WHO, 2000; Gonçalves *et al.*, 2011; Klonsky, 2007). Esta problemática assume um caráter ainda mais grave quando se percebe que, para além da estreita relação das doenças psiquiátricas com o comportamento de autodano e com o comportamento suicida, a própria história e frequência do autodano podem predizer de forma acentuada a ideação suicida e a tentativa de suicídio (Andover & Gibb, 2010).

Os resultados de diversas investigações internacionais e nacionais atestam a elevada taxa de incidência destes comportamentos autodestrutivos na população em geral, bem como na população clínica, assumindo estes comportamentos valores alarmantes relativamente à população adolescente (Briere & Gil, 1998; Andover & Gibb, 2010; Ross & Heath, 2002; Darche, 1990; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004; Nunes, 2012; Gonçalves, *et al.*, 2011).

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2002), o suicídio está entre as dez principais causas de morte em todos os países e entre as três principais causas de morte para o grupo etário dos 15 aos 34 anos. A prevalência da ideação suicida ao longo da vida, ou seja, dos “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida”, varia entre 3 a 65% (Saraiva & Gil, 2014, p.44). Relativamente ao comportamento de autodano, este ocorre com maior frequência na faixa etária dos 14 aos 24 anos de idade (Messer & Fremouw, 2008, *cit. in* Castilho, Pinto-Gouveia & Bento, 2010; Suyemoto, 1998), registando-se uma taxa de incidência de 14% a 39% em adolescentes da população em geral (Lloyd, 1996; Ross & Heath, 2002) e 40% a 61% em adolescentes internados devido a problemas psiquiátricos (Darche, 1990, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004).

Estes valores elevados registados na população adolescente também se relacionam com as características específicas deste período do desenvolvimento humano. Sendo considerado um “tempo” de vulnerabilidade, muitas vezes marcado por tensão, conflito e sofrimento psíquico, a “resolução” dos conflitos dos adolescentes pode passar pela adoção de comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas (Borges & Werlang, 2006; Stheuner, 2006).

Em Portugal, a investigação sobre estas temáticas é escassa, sabe-se, no entanto, que os estudos existentes até dada são coerentes com os dados encontrados a nível internacional, existindo, por isso, uma necessidade imperiosa do desenvolvimento de mais estudos, que permitam uma compreensão mais completa sobre esta problemática, a nível da população

clínica, e que visem contribuir para a criação de estratégias de prevenção e até mesmo de tratamento destes comportamentos, criando-se, assim, as condições para atenuar o sofrimento atroz que se esconde por detrás destes atos autolesivos. Indubitavelmente, para que se consiga prevenir um comportamento é imprescindível compreendê-lo primeiro através da sua definição, delimitação e possíveis relações com fatores diversos.

Neste sentido, a presente dissertação desenvolvida no âmbito da Psicologia da Educação, na especialidade de Contextos Educativos visa, por um lado, identificar a presença do comportamento de autodano e da ideação suicida em alguns indivíduos adolescentes com patologias psiquiátricas das ilhas de São Miguel e Santa Maria (Grupo Oriental do Arquipélago dos Açores) e, por outro lado, pretende verificar quais as patologias que podem estar mais associadas a estes comportamentos.

Os dados provenientes deste estudo poderão, desta forma, contribuir para um maior conhecimento sobre o autodano, ideação suicida e sua coexistência e inter-relação com as doenças mentais. Para além disso, poderão ser também uma ferramenta útil na construção de programas de intervenção que visem prevenir os comportamentos autodestrutivos e promover a saúde mental.

A presente dissertação organiza-se em duas partes, uma primeira parte constituída pelo primeiro capítulo (Capítulo I) dedicado à revisão da literatura relativa às temáticas estudadas e, uma segunda parte, constituída pelo segundo capítulo (Capítulo II) que consiste na exposição do estudo empírico realizado. Para além destas duas partes, inclui também um resumo, a presente introdução, uma conclusão e ainda uma secção de referências bibliográficas e outra de anexos.

No Capítulo I apresenta-se o enquadramento teórico sobre os comportamentos autodestrutivos, mais especificamente sobre o comportamento de autodano e comportamento suicida, em indivíduos com patologias psiquiátricas. Este capítulo, numa primeira parte, começa por identificar e explicar as patologias psiquiátricas presentes na adolescência. De seguida, numa segunda parte, define-se e conceptualiza-se o comportamento de autodano, apresenta-se a sua prevalência no contexto internacional e nacional e explicitam-se as suas funções e os seus fatores de risco e de proteção. Já na terceira parte deste Capítulo I, à semelhança da segunda, apresenta-se a definição e conceptualização do comportamento suicida, a sua prevalência, os fatores de risco e de proteção e a relação deste comportamento com o autodano. Este capítulo encerra-se com a apresentação dos quadros psicopatológicos aos quais estes comportamentos podem estar associados.

No Capítulo II é exposto o estudo empírico realizado, sendo este constituído pela Metodologia, onde se descrevem os objetivos do estudo, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Por fim, são apresentados os Resultados e a sua Discussão. Neste

estudo, avalia-se o comportamento de autodano e o comportamento suicida na amostra em estudo, em função de variáveis sociodemográficas, psicológicas e psicopatológicas.

CAPÍTULO I
Enquadramento Conceptual

Capítulo I – Enquadramento Conceptual

1. Patologias psiquiátricas na adolescência

No presente estudo a maioria dos participantes são adolescentes, daí a importância de se apresentar algumas características específicas deste período do desenvolvimento humano, assim como as patologias psiquiátricas, que também podem ser designadas de perturbações mentais, que ocorrem mais frequentemente na adolescência.

O início da adolescência ocorre com o aparecimento da puberdade, mas o seu *términus* é mais difícil de determinar devido à inexistência de qualquer “marcador biológico, psicológico ou psicossociológico universal e observável”, que permita indicar com rigor a entrada no período seguinte (Medeiros, 2008, p.197). Segundo a WHO (2000) a adolescência ocorre entre os 10 e os 19 anos, contudo deve-se considerar que esta delimitação pode variar em função do sexo, etnia, geografia, cultura e condição socioeconómica e, por isso mesmo, também existem autores que a delimitam entre os 12 e os 20 anos (Medeiros, 2008; Santos & Neves, 2014).

Este período é marcado por um conjunto de mudanças físicas, cognitivas, afetivas e sociais que implicam, por sua vez, a realização de determinadas tarefas, consideradas essenciais para o bem-estar psicológico dos adolescentes, tais como: aceitação do corpo (reconstrução da imagem corporal e identidade de género); desenvolvimento de novas competências cognitivas (operações formais); construção da identidade (afirmação de si com a construção da sua autonomia relativamente aos pais e compromisso com escolhas sexuais, profissionais e ideológicas) e construção de um sistema ético de valores (passagem para um nível convencional) (Coleman, 1978 *cit. in* Medeiros, 2008; Claes, 1990, *cit. in* Medeiros, 2008).

É importante salientar que este período também é marcado pela predominância do papel do sistema límbico na tomada das decisões face à natural imaturidade do córtex pré-frontal, que é o responsável pelo julgamento e ponderação de riscos (Steinberg, 2009; Carvalho, 2014). Existem evidências neurobiológicas que confirmam a imaturidade referida anteriormente, a qual conjuntamente com as exigências de concretizar as tarefas supramencionadas, pode levar à ocorrência de perturbações mentais e/ou impulsionar a adoção de comportamentos autodestrutivos, como o comportamento de autodano e o comportamento suicida, marcados muitas vezes pela impulsividade de quem os comete (Stheuner, 2006; Borges & Werlang, 2006; Steinberg, 2009; Sprinthall & Collins, 2003).

Relativamente às perturbações mentais mais frequentes na adolescência são identificadas as perturbações depressivas, as perturbações da ansiedade, as perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, as perturbações do comportamento disruptivo e

défice de atenção e as perturbações do comportamento alimentar (Sprinthall & Collins, 2003; Crujo & Marques, 2009; Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014).

De acordo com alguns estudos epidemiológicos existe uma taxa de incidência, na população infantojuvenil, que varia entre 15% a 30%, sendo que muitas destas perturbações vão persistir na vida adulta, tendo um impacto negativo acentuado a “nível social, familiar e educativo” (Santos, 2015,p.17). Apesar da forte possibilidade desta permanência ou até mesmo da evolução das perturbações da adolescência para outros quadros psicopatológicos mais graves, há que referir que aquelas também poderão cessar naquele período, pois como já foi mencionado, a adolescência é marcada pelo desenvolvimento das estruturas mentais e ambientais, as quais através de um processo de adaptação podem transformar-se em estruturas mais adaptativas (Ferreira & Nelas, 2006, *cit. in* Neves, 2014; Sprinthall & Collins, 2003; Rijo, 2004).

Atualmente, a nível mundial 4 a 5 crianças e adolescentes apresentam alguma perturbação mental e, no entanto, existem ainda poucos estudos sobre esta problemática (Thiengo *et al.*, 2014). Escassos também são os estudos sobre o comportamento de autodano e o comportamento suicida, cujas taxas de prevalência têm aumentado exponencialmente nos últimos anos, principalmente na população adolescente com diagnóstico de patologia psiquiátrica (Nock *et al.*, 2006; WHOa, 2002; Darce, 1990; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991 *cit. in* Nock & Prinstein, 2004).

2. O comportamento de autodano

2.1. Definição e conceito de comportamento de autodano

O comportamento de autodano tem sido considerado um fenómeno complexo (Mangnall & Yurkovich, 2008) difícil de definir, diagnosticar e até mesmo de medir (Gratz, 2001). Estas dificuldades derivam do carácter privado e silencioso que, muitas vezes, este comportamento pode assumir; da insuficiência de instrumentos de medida devidamente validados (Gratz, 2001; Walsh, 2007; Williams & Bydaleck,2007; Messer & Fremouw, 2008, *cit. in* Silva, 2012); e da escassez de estudos empíricos que permitam uma compreensão sobre os diversos modelos explicativos e funções que lhe são inerentes (Messer & Fremouw, 2008, *cit. in* Castilho *et al.*, 2010). Contudo, nos últimos 10 a 15 anos houve um maior investimento na investigação científica sobre esta problemática, incrementando-se o conhecimento existente até à data (Klonsky, D., Sarah, E.,Victor, M., Boaz, Y. & Saffer, A. (2014); Bentley, Nock & Barlow, 2014; Nock, 2010). Ainda assim, este esforço é insuficiente para responder a todas as questões inerentes à sua complexidade, o que dificulta a identificação dos indivíduos mais vulneráveis à adoção deste comportamento e o delineamento de possíveis programas de intervenção,

destinados, quer à população clínica, quer à da comunidade (Alonso & Dedrick, 2010;Carvalho *et al.*,2015).

O consenso sobre a operacionalização desta problemática tem-se demonstrado efetivamente uma tarefa árdua e de difícil alcance. Na literatura são mencionadas inúmeras definições, etiologias e formas de tratamento. Para se ter uma ideia clara, sobre esta dificuldade, têm sido referidos inúmeros termos para designar este fenómeno, tais como, o de “autodano deliberado” (“*deliberate self-harm*”) (Pattinson & Kahan, 1983, *cit. in* Klonsky, 2007; Mangnall & Yurkovich, 2008), autoinjúria (“*self-injury*”) (Duffy, 2009), “parasuicídio” (“*parasuicide*”) (Ogundipe, 1999, *cit. in* Klonsky, 2007), “autoinjúria não suicida” (“*non-suicidal self-injury*”) (Favazza, 2014; Nock, Jr. Joiner, Lloyd-Richardson, Gordon e Prinstein, 2006; Andover & Gibb, 2010), “automutilação” (“*self-mutilation*”) (Suyemoto, 1998; Ross & Heath, 2002), entre muitas outras denominações que podem englobar, na sua conceptualização, diversos tipos de comportamentos autodestrutivos, nos quais pode estar presente ou ausente a intenção suicida.

Menninger (1938, *cit. in* Klonsky, 2007) foi o primeiro autor, no seu livro “*Man Against Himself*”, a tentar definir e explicar o comportamento de autodano, considerando-o como uma ação que permite evitar o suicídio e promover a autocura (Muehlenkamp, 2005). Neste sentido, o autor entende que o autodano é “uma agressão para o interior, sentida em relação a um objeto exterior, geralmente um dos pais” e é também “uma estimulação sexual ou física”, que permitiria ao indivíduo obter uma espécie de compensação ou punição por alguma imperfeição, de cariz agressivo ou sexual (Menninger, 1935, *cit. in* Borges, 2012, p.16).

Uma das definições, considerada bastante explícita na descrição do comportamento de autodano, foi apresentada por Favazza (1998, *cit. in* Gratz, 2001) designando-o, inicialmente, de automutilação (“*self-mutilation*”) (Favazza & Conterio, 1988) e posteriormente de autoinjúria não suicida (“*non-suicidal self-injury*”) (Favazza, 2014). Este comportamento caracteriza-se pela destruição deliberada e direta ou alteração do tecido corporal, realizada sem intenção suicida consciente, da qual podem resultar lesões graves no corpo (Favazza, 2014; Favazza, 1998, *cit. in* Gratz, 2001). Segundo este autor, o autodano pode dividir-se em quatro categorias, de acordo com o grau de severidade das autolesões perpetradas: autoinjúria *major* (inclui atos de destruição grave do tecido corporal, tais como a enucleação dos olhos e a amputação de partes do corpo, com ocorrência pouco frequente e na maioria dos casos estando associada a episódios psicóticos); autoinjúria estereotipada (atos repetitivos e estereotipados realizados sem vergonha ou culpa na presença de outros, habitualmente relacionados com deficiências mentais graves, de que são exemplo o bater repetidamente com a cabeça e o morder de partes do corpo); autoinjúria compulsiva (atos repetitivos como puxar o cabelo e arranhar a pele); e autoinjúria impulsiva (engloba comportamentos que ocorrem episodicamente tais como, cortar

e queimar partes do corpo, espetar alfinetes ou objetos semelhantes sob a pele do peito ou abdômen, interferir com a cicatrização de feridas, etc.) (Favazza, 2014). De acordo com esta categorização e segundo o mesmo autor, o autodano pode estar associado ou ser um sintoma de uma perturbação do foro psiquiátrico, mas também pode ocorrer em indivíduos que não apresentam qualquer doença mental (e.g. estudantes do ensino secundário).

Do ponto de vista não patológico, o autodano tem sido conceptualizado como: a) compulsivo (atos ritualísticos, raramente premeditados, como puxões de cabelo e tricolomania); b) episódico (ocorre episodicamente sem a existência de identificação com aqueles que se autolesionam), c) repetitivo (realizado de forma regular com identificação com os indivíduos que se autolesionam) (Favazza, & Nock, 2009, *cit. in* Whitlock, 2010).

Também Nock, Jr. Joiner, Lloyd-Richardson, Gordon e Prinstein (2006) empregam o termo “autoinjúria não suicida” (“non suicidal self-injury”) para se referirem à autolesão deliberada e direta do tecido corporal, causada sem intenção de morrer.

Suyemoto (1998) utiliza o termo “automutilação” (“*self-mutilation*”) para definir todo o comportamento direto, socialmente inaceitável, repetitivo, que causa ligeiros a moderados danos físicos. Acrescenta, ainda, que quando o indivíduo se automutila está psicologicamente perturbado, contudo não está a tentar matar-se, nem a responder a uma necessidade de autoestimulação, bem pelo contrário, este comportamento é tido como um mecanismo de *coping* utilizado para evitar o suicídio. Himber (1994, *cit. in* Klonsky, 2007) refere mesmo que uma paciente passou a ter um comportamento suicida após longos períodos de ausência do comportamento de autodano, sendo o corte do tecido corporal considerado uma medida preventiva da ideação suicida. Kroll (1993) também verificou que existia um fraco risco de pacientes com perturbação borderline da personalidade com história de autodano (na ausência de depressão major e abuso de substâncias) cometerem suicídio (Briere & Gil, 1998).

Outra descrição importante foi exposta por Mangnall e Yurkovich (2008), através do conceito de “autodano deliberado” (“*deliberate self-harm*”), sendo este considerado um comportamento direto, que causa ligeira a moderada lesão física, realizado sem intenção suicida consciente, e que ocorre na ausência de psicoses e de défices intelectuais organicamente determinados. Concordando com Favazza (1996) estes autores defendem que as autolesões provocadas, na presença de alguns quadros psicopatológicos, pautados por défices cognitivos graves, ou então por alucinações, ou delírios, são atos estereotipados desprovidos de simbolismo, e por isso não estão incluídos na categoria do autodano (Magnall & Yurkovich, 2008).

A definição de Mangnall e Yurkovich (2008) aproxima-se das anteriores, referindo estes autores que quando é utilizado o termo automutilação usualmente o grau de autodestruição é

mais severo. Gratz (2001) também utilizou o termo “autodano deliberado” acreditando que neste existe uma menor conotação negativa, comparativamente ao termo automutilação.

Walsch (2006, *cit. in* Polk & Liss, 2007) acrescenta o facto deste tipo de comportamento se distinguir daqueles que envolvem práticas de modificação do corpo, como a colocação de *piercings* e tatuagens, que são tidos como atos aceites socialmente.

Pattinson e Kahan (1983, *cit. in* Gratz, 2001) definem o autodano como um tipo específico de comportamento autodestrutivo, que se distingue dos demais por ser realizado pelo próprio indivíduo de forma direta, repetitiva, e com plena consciência dos efeitos da sua ação, ou seja, dos danos provocados com uma “baixa letalidade”. A consciência desta baixa letalidade permite distinguir o autodano das tentativas de suicídio, que envolvem uma intenção do indivíduo acabar com a sua própria vida. Assim sendo, uma das suas características consiste na ausência, na maioria dos casos, de uma consequência fatal (Mangnall & Yurkovich, 2008). Kehrberg (1997, *cit. in* Gratz, 2001) refere que o autodano pode, contudo, levar à morte do indivíduo que o pratica, ainda que de forma não intencional. Apesar do autodano não ter uma intenção suicida na sua génese, muitos estudos têm demonstrado que os indivíduos que o praticam mais frequentemente cometem tentativas de suicídio, o que sugere que o comportamento de autodano funciona como um fator de risco do suicídio (Mangnall & Yurkovich, 2008; Andover & Gibb, 2010).

Outros autores, em oposição aos supramencionados, defendem que o autodano só ocorre se existir uma clara intenção suicida (Klonsky *et al.*, 2003; Ross & Heath, 2002; Menninger, 1995, *cit. in* Briere & Gil, 1998), enquanto outros o definem independentemente da intenção que possa estar subjacente (Saxe, Chawla & Vna Der Kolk, 2002, *cit. in* Magnall & Yurkovich, 2008).

Existem também argumentos que sustentam a existência de duas possibilidades que fazem parte da ampla gama de comportamentos autodestrutivos: a) autolesão ou autoinjúria preconizada com intenção suicida, no qual se inclui a tentativa de suicídio (e.g. alvejar-se; autoingestão excessiva de medicamentos) (Nock & Prinstein, 2004; Nock, Wedig, Janis & Deliberto, 2008, *cit. in* Nock, 2008; Nock, 2010); b) autolesão ou autoinjúria sem intenção suicida, embora existindo a hipótese de coexistir com a ideação suicida ou meros pensamentos sobre a morte (In-Albon, Ruf & Schmid, 2013; Favazza, 2014). Esta última categoria consiste no designado autodano sem intenção suicida e pode englobar o “gesto suicida” (“*suicide gesture*”) e o autodano propriamente dito (“*self-injury*”) (Nock, 2010). O “gesto suicida” refere-se ao ato através do qual a pessoa se autolesiona com a intenção de levar os outros que a rodeiam a pensar que se trata de uma tentativa de suicídio, quando na verdade quem cometeu o ato não teve qualquer intenção de se matar e sim, unicamente, levar o outro a pensar que o ia fazer

(Nock & Kessler, 2006, *cit. in* Nock, 2008). Todavia, esta inclusão só se efetua se do ato resultarem danos no tecido corporal, de que são exemplos as lesões provocadas através do autocorte na presença de outras pessoas, sendo este “gesto suicida” um meio de expressão de pensamentos e emoções, ou seja, uma forma de comunicar o sofrimento e/ou pedir ajuda a outrem (Nock,2008; Nock & Kessler, *cit. in* Nock, 2010). Convém, no entanto, distinguir estas situações daquelas onde falta o comportamento autolesivo, ou seja, das situações onde apenas a aparência do ato exista (e.g. deixar um frasco vazio de comprimidos, dando a entender que os havia consumido todos, quando na verdade não o fez), as quais podem ter uma intencionalidade diferente (Nock, 2008). O autodano propriamente dito é a lesão *per si*, ou seja, o ato deliberado e direto de destruição de tecidos do corpo sem intenção suicida consciente (Nock, 2010).

Muitos investigadores e profissionais de saúde afirmam que este comportamento pode ser considerado leve (ocorrência pouco frequente e lesões pouco graves), moderado (lesões moderadas que ocorrem mais frequentemente, exigindo por vezes cuidados médicos) ou grave (lesões frequentes e graves), podendo ocorrer na população em geral e na população clínica (Nock, 2010; Whitlock, 2010).

Outros autores alertam, ainda, para a coexistência do comportamento de autodano com outras patologias graves, como é o caso da perturbação borderline da personalidade (Klonsky, 2007), onde este comportamento surge como um dos critérios de diagnóstico desta patologia, proposto no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 2006). É importante salientar que pacientes com outras perturbações mentais (e.g. perturbações de ansiedade, depressão, abuso de substâncias, *stress* pós-traumático, perturbações alimentares), e até mesmo indivíduos que não padecem de qualquer patologia psiquiátrica, podem também adotar este tipo de comportamento (Castille, Prout, Marczyk, Shmidheiser, Yoder & Howlett, 2007, *cit. in* Nunes, 2012;Klonsky, 2007; Linehan, 1993, *cit. in* Castilho, Pinto-Gouveia & Bento, 2010; Castille *et al.*, 2007). Foi exatamente devido à constatação da propagação deste fenómeno e ao prejuízo clinicamente significativo que acarreta para os indivíduos que se postulou que o mesmo deveria ser reconhecido como uma entidade nosológica independente (Muehlenkamp, 2005; Klonsky *et al.*, 2014), mas só recentemente este objetivo foi cumprido, encontrando-se o autodano plasmado como uma perturbação distinta das demais no DSM-V (Klonsky *et al.*, 2014;Carvalho *et al.*, 2015), sendo que para preencher os critérios desta nova categoria diagnóstica são necessários “episódios de lesão autoinfligida intencionalmente (*intentional self-inflicted damage*), exemplificados em cortes, queimaduras, contusões, etc., em cinco ou mais dias do último ano, havendo um precipitante psicológico, um impulso, uma preocupação e uma resposta contingente (usualmente de alívio), mas também sofrimento, prejuízo funcional (distress) e nenhuma relação com psicoses, *delirium* ou intoxicações” (Saraiva & Gil, 2014,p.50).

A ausência de intenção suicida nestes comportamentos faz com que a morte não seja considerada uma consequência provável (Saraiva & Gil, 2014).

Hawton, Rodham e Evans (2006, *cit. in* Guerreiro, 2014, p.28) concluíram que o autodano, à semelhança de outros comportamentos autolesivos, deriva de múltiplos fatores, e como veremos no ponto seguinte, resulta de uma interação complexa entre “fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, culturais e sociais”.

O autodano distingue-se de outro tipo de comportamentos autodestrutivos, que causam danos de forma indireta, de que são exemplo os comportamentos de risco (e.g. consumo de substâncias aditivas – álcool; tabaco; etc.) (Alonso & Dedrick, 2010; Nock, 2010; Carvalho *et al.*, 2015), uma vez que os prejuízos provocados por estes comportamentos derivam indiretamente de “processos químicos associados ao seu consumo” (Favazza & Nock, 2009, *cit. in* Borges, 2012, p.20). Para além disso, estes indivíduos obtêm benefícios desejados imediatos destes comportamentos (e.g. prazer) (Nock, 2010), contudo podem também advir prejuízos nefastos a longo prazo, que colocam em causa a saúde física e mental de quem os pratica, os quais, por sua vez, são indesejáveis e muitas vezes desconhecidos (Carvalho *et al.*, 2015; Nock, 2010). Por sua vez, no autodano, os danos são realizados intencionalmente, com o objetivo primordial de causar prejuízos e/ou infligir dor (e.g. o corte da pele é infligido diretamente) (Carvalho *et al.*, 2015; Guerreiro & Sampaio, 2013). Apesar destas diferenças, ambos os fenómenos têm como objetivo modificar experiências afetivas, cognitivas ou sociais, causam danos corporais e podem estar associados a diversas perturbações mentais (Nock, 2010). Sabe-se, também, que o autodano tende a coocorrer com os comportamentos de risco, com carácter aditivo (Mangnall & Yurkovich, 2008). Neste sentido, McCloskey e Berman (2003, *cit. in* Alonso & Dedrick, 2010) verificaram que o consumo de álcool pode aumentar a desinibição do indivíduo e impulsionar o autodano, o que comprova que são comportamentos distintos, mas que podem estar associados. Muitos estudos confirmam o carácter aditivo, repetitivo e contagiante do autodano, principalmente na população adolescente, o que se deve ao aumento da sua divulgação nos *media*, à modelação do comportamento interpares (Whitlock, 2010; Hasking, Andrews & Martin, 2013) e às características inerentes a este período do desenvolvimento humano, muitas vezes marcado por tensão, conflito e sofrimento psíquico (Stheuner, 2006; Werlang & Borges, 2006).

Para além disso, este comportamento tem sido associado a uma incapacidade de resistir ou de retardar o impulso para o levar a cabo (Favazza & Conterio, 1989, *cit. in* Muehlenkamp, 2005).

É importante salientar que a maioria dos indivíduos que cometem autodano utilizam mais do que um método (Favazza & Conterio, 1988; Gratz, 2001) e isso é especialmente notório

na população clínica (Jacobson & Gould, 2007). O método mais utilizado é o cortar-se a si próprio (entre 70% e 97%) (Suyemoto, 1998), ocorrendo a maioria das lesões nos braços, pernas e estômago, realizadas com faca ou navalha (Favazza, 1996, *cit. in* Nock, 2010; Nock & Prinstein, 2004). Segue-se o bater-se (entre 21% e 44%), beliscar-se, arranhar-se e morder-se (Ross & Heath, 2003, *cit. in* Castilho *et al.*, 2010). Gratz (2001) refere, ainda, o picar-se com alfinetes e agulhas e o arranhar-se gravemente. Segundo Messer e Fremouw (2008, *cit. in* Castilho *et al.*, 2010) um outro método utilizado com bastante frequência consiste em queimar a pele com cigarros, sendo que as taxas de incidência, neste caso, variam entre 21% a 35%. Existem também autores que acrescentam, a esta panóplia de meios de autolesão, o interferir com a cicatrização de feridas (Briere & Gil, 1998; Favazza & Conterio, 1988; Muehlempkamp & Gutierrez, 2004) e o introduzir de objetos pontiagudos sob a pele (e.g. alfinetes) (Nock, 2010). Neste último caso, ocorre mais frequentemente a inserção e remoção destes mesmos objetos à superfície da pele, contudo, por vezes, os objetos não são removidos, levando à necessidade de intervenções cirúrgicas (Shiels *et al.*, 2009, *cit. in* Nock, 2010). De acordo com a revisão da literatura, verifica-se que a multiplicidade de métodos de autolesão utilizados, as diversas partes do corpo que são afetadas, bem como a frequência e duração do comportamento, variam consoante a população estudada, tendo vindo a registar-se a ocorrência dos casos mais graves na população clínica (Nock *et al.*, 2006, *cit. in* Andover & Gibb, 2010, Einsenberg, Golberstein, 2008; Briere & Gil, 1998).

Estes indivíduos que praticam autodano usualmente não expõem o seu comportamento, sendo este praticado, na maioria dos casos, em privado e em partes do corpo geralmente cobertas pela roupa, o que pode estar associado ao surgimento da culpa e da vergonha por parte de quem o pratica (Briere & Gil, 1998; Castilho *et al.*, 2010). Apesar destas consequências negativas, o autodano é frequentemente um fenómeno repetitivo (Whitlock, 2010), o que sugere que os indivíduos retiram vantagens deste comportamento. Neste sentido, vários estudos têm determinado que o autodano tem sido associado à redução de estados afetivos negativos (e.g. ansiedade), de memórias evocadoras de experiências traumáticas e dolorosas e de sintomas dissociativos de *flashbacks* (Briere & Gil, 1988; Klonsky, 2007; Skegg, 2005). Para além disso, outras características associadas e precedentes ao ato são a existência de impulsividade, agressividade, raiva, desesperança, solidão, isolamento social e pensamentos e atos suicidas (Darche, 1990; Favazza, 1998; Guertin, Lloyd, Spirito, Donaldson & Boergers, 2001, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004).

Após a exposição realizada anteriormente sobre o comportamento de autodano surge a necessidade, para que se dissipem eventuais dificuldades terminológicas e conceptuais, de adotar uma definição que se demonstre mais congruente com aquilo que entendemos que é o

autodano, tendo em consideração os objetivos do nosso estudo. Assim sendo, a opção foi a de adotar a definição de Mangnall e Yurkovich (2008), os quais definem aquele comportamento como uma ação direta e, por isso mesmo, difere de todos os comportamentos que prejudicam o indivíduo de forma indireta (e.g. consumo de substâncias aditivas – álcool; tabaco; etc.). Segundo estes autores, o autodano consiste também na realização de danos causados de forma deliberada, ou seja, o indivíduo que o comete tem uma clara intenção de se magoar/infligir dor, contudo, isso ocorre na ausência de qualquer intenção suicida, distinguindo-se, assim, das tentativas de suicídio. De facto, estes indivíduos ao praticarem autodano têm como objetivo primordial eliminar ou atenuar o enorme sofrimento psicológico a que estão sujeitos, sem desistir do bem mais precioso que possuem, isto é, a vida. Para além disso, ainda segundo os mesmos autores, as autolesões não podem ser provocadas, na presença de alguns quadros psicopatológicos, nomeadamente, as deficiências mentais mais graves e as psicoses, patologias estas que excluímos do presente estudo (Favazza1996, *cit. in*. Mangnall & Yurkovich, 2008).

Resta acrescentar que por todas as razões mencionadas anteriormente, tem sido considerado um verdadeiro desafio prevenir e tratar este comportamento, ainda mais sublinhado pelo sofrimento atroz sentido pela pessoa que o comete, bem como pelos que lhe são mais próximos, o que torna o autodano uma questão de suma importância.

2.2. A prevalência do comportamento de autodano

O comportamento de autodano tem apresentado, ao longo do tempo, um crescimento exponencial (Conterio & Lader, 1998, *cit. in* Gratz; Walsh & Rosen, 1988, *cit. in* Gratz, 2001; Duffy, 2009). A sua elevada taxa de incidência tem sido confirmada a partir de resultados obtidos em diversas investigações realizadas tanto a nível internacional como a nível nacional, e cujo escopo foi, exatamente, avaliar a prevalência deste comportamento na população em geral, bem como na população clínica (Andover & Gibb, 2010; Lloyd, 1996; Ross & Heath, 2002; Darche, 1990; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004; Nunes, 2012; Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América apontam para uma taxa de incidência do comportamento de autodano de 4% a 28% (Briere & Gil, 1998; Shaffer & Jacobson, 2009, *cit. in* Bentley *et al.*, 2014) na população adulta da comunidade, 19% a 25% na população clínica adulta (Briere & Gil, 1998; Shaffer & Jacobson, 2009, *cit. in* Bentley *et al.*, 2014) e 4% na população militar (Klonsky *et al.*, 2003, *cit. in* Klonsky, 2007).

Relativamente à população adolescente, existem investigações que registam uma taxa de incidência de 14% a 39% em adolescentes da população em geral (Lloyd, 1996; Ross & Heath,

2002, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004) e 40% a 61% em adolescentes com problemas psiquiátricos (Darche, 1990; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991 *cit. in* Nock & Prinstein, 2004).

A partir dos resultados supramencionados, é indubitável a constatação de que a população clínica, composta por adultos, mais especialmente a constituída por adolescentes, é aquela que apresenta uma especial vulnerabilidade para a adoção deste tipo de comportamento.

Outro estudo, designado de *Child and Adolescent Self-harm in Europe* (CASE), foi realizado com adolescentes da Austrália e de seis países europeus (Bélgica, Inglaterra, Hungria, Holanda e Noruega), com idades compreendidas entre os 14 e 17 anos, a partir do qual se concluiu que 13,5% das raparigas e 4,3% dos rapazes relataram a ocorrência de um episódio de autodano na vida, tendo sido utilizado com maior frequência o método que consiste no autocorte (Madge *et al.*, 2008, *cit. in* Nunes, 2012). Para além disso, no ano antecedente ao estudo, a maioria dos adolescentes referiram ter cometido o ato em privado, ocultando-o dos outros, e cerca de metade repetiu este comportamento recorrentemente (Madge *et al.*, 2008, *cit. in* Guerreiro e Sampaio, 2013).

A nível nacional, mais especificamente na cidade de Lisboa, foi também levada a cabo uma investigação que teve como amostra os estudantes de algumas escolas do ensino secundário daquela cidade, concluindo-se que 35% dos mesmos já teve comportamentos de autodano (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Outro estudo português recentemente realizado, também na área metropolitana de Lisboa, com uma amostra comunitária de 1713 adolescentes estudantes, com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos de idade, verificou que 7,3% já tinha efetuado pelo menos um episódio de autodano ao longo da vida, com uma taxa de incidência de 10,5% nas raparigas e de 3,3% nos rapazes (Guerreiro & Sampaio, 2013).

De 2006 a 2009 foi realizada nova investigação naquela cidade, mas numa unidade de internamento de pedopsiquiatria. Os participantes tinham idades compreendidas entre 12 e 17 anos, tendo-se concluído que 4-12% dos internamentos se deveram aos comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Destaca-se também a investigação realizada em 2010 em parceria com a Organização Mundial de Saúde e coordenada pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos. Nesta investigação a amostra foi composta por 3494 alunos, com uma média de 14 anos de idade, pertencentes ao 8º e 10º ano. Neste estudo, verificou-se que 15,6% destes alunos (o equivalente a 510 participantes) já se magoaram a si próprios com intenção. Ficou ainda apurado que as lesões provocadas propositadamente se verificaram sobretudo nos braços (52,9%), pernas

(24,7%), barriga (16,7%) e restantes sítios (22,5%) (Matos, Simões, Tomé, Camacho, Ferreira, Ramiro, Reis, Diniz, Gaspar, Veloso, Loureiro, Borges, & Equipa Aventura Social, 2010).

Resultados ainda mais alarmantes foram obtidos na Região Autónoma dos Açores. Um dos estudos foi realizado com o objetivo primordial de identificar a presença de comportamentos de autodano e de ideação suicida numa amostra de 1818 adolescentes da população geral, da ilha de São Miguel, com idades compreendidas entre 14 e os 19 anos. A partir dos resultados verificou-se que 31,3% teve ou tinha comportamentos de autodano propriamente dito (ação direta e deliberada que causa lesões físicas). Esta taxa de incidência torna-se mais elevada quando se tem em consideração, para além do autodano propriamente dito, o autodano associado aos comportamentos de risco (47,1%). Relativamente à ideação suicida, cerca de 51,5% apresentou uma ideação suicida moderada (Nunes, 2012).

Outra investigação foi efetuada, no mesmo arquipélago e com o mesmo objetivo principal, mas teve como amostra 662 indivíduos da população estudantil da Universidade dos Açores, com idades entre os 17 e os 56 anos. Dos indivíduos inquiridos 14,8% relatou já ter tido comportamentos de autodano e mais de metade refere já ter tido ideação suicida (72,6%) (Róias, 2015). Relativamente ao autodano, uma vez mais se verificou que a taxa de incidência aumenta quando se tem em consideração o autodano propriamente dito e o autodano associado aos comportamentos de risco (37%).

Relativamente ao género em que o autodano é mais frequente, não é possível encontrar uma consensualidade, existindo estudos que apontam ser o sexo feminino o mais atingido por estes comportamentos (Zlotnick *et al.*, 1999, *cit. in* Klonsky, 2007; Ross & Heath, 2002) e outros que revelam não existirem diferenças entre géneros (Nunes, 2012; Briere & Gil, 1998). Sabe-se, no entanto, que o autodano tende a ocorrer entre os 14 e os 24 anos de idade (Messer & Fremouw, 2008, *cit. in* Castilho *et al.*, 2010; Favazza & Conterio, 1989, *cit. in* Klonsky, 2007), podendo prolongar-se no tempo por mais 10 a 20 anos (Favazza, 2006, *cit. in* Williams e Bydalek, 2007).

Para além da taxa de incidência e do género, é relevante referir a frequência, a duração e a gravidade que pode assumir este comportamento na vida de quem o pratica. Assim sendo, a partir da investigação realizada por Gratz (2001) com uma amostra de 150 participantes da população em geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos de idade, foi possível concluir que 35% dos participantes tiveram, no passado, mais de 10 episódios de autodano e 9% registaram a ocorrência de mais de 100 episódios. Para além disso, a maioria dos indivíduos que cometeram autodano (83%) fizeram-no mais do que uma vez, sendo que 68% dos mesmos referiram ter utilizado mais do que um método (e.g. cortar-se a si próprio – 14%; picar-se com alfinetes e agulhas – 14%; arranhar-se com gravidade – 12%, etc.).

Por isso mesmo, pode afirmar-se que a probabilidade do comportamento aqui descrito se repetir, prolongar-se no tempo tornar-se cada vez mais grave é bastante acentuada, reiterando-se, uma vez mais, a importância de se intervir nesta problemática o quanto antes. Existem autores que referem mesmo a existência de um *continuum* do autodano (não suicida) para a tentativa de suicídio, devido à habituação à dor e à maior capacidade para levar a cabo estes comportamentos (Joiner, 2005, *cit. in* Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). Segundo Andover e Gibb (2010) a história e frequência do autodano (não suicida) são variáveis preditoras, muito significativas, da tentativa de suicídio e da ideação suicida, as quais não devem ser descuradas.

2.3. Abordagens explicativas e funções do comportamento de autodano

Nas últimas décadas, académicos, investigadores e profissionais de saúde têm elaborado diversos modelos para tentar compreender as razões que levam os indivíduos a cometer autodano (Bentley *et al.*, 2014). De facto, muitos estudos recentes apontam diversas funções para este comportamento (Klonsky, 2009). A função é perspectivada como o evento antecedente ou posterior ao comportamento que contribui para o produzir ou para o manter, o mesmo será dizer que o indivíduo que se autolesiona fá-lo com o objetivo de obter um determinado resultado (Nock & Prinstein, 2004). Segundo a revisão da literatura, é importante destacar que as funções propostas pelos diversos modelos, podem coocorrer em simultâneo, ou então, surgem primeiro umas e só depois as outras, algo que atribui acrescentada complexidade ao seu estudo (Nock & Prinstein, 2004; Nock, 2008; Nock, 2010).

Klonsky (2007), baseando-se em diversos estudos empíricos, defende a existência de seis modelos conceptuais, através dos quais emergem sete funções do autodano. Um dos modelos apresentados foi o da regulação emocional, no qual o autodano surge com a função de regular estados afetivos negativos, principalmente a intensidade com que estes estados são vivenciados (Klonsky, 2007, 2009; Suyemoto, 1998)

“Lisa: ...just, just feel that there’s a pressure building up inside of you that you have to do something about. That you feel you’re going to explode if you don’t. And cutting is a way to release that.” (Himber, 1994, p.623, *cit. in* Suyemoto, 1998, p.543)

Por sua vez, no modelo da antidissociação, o autodano é visto como um mecanismo que permite lidar com os sentimentos de dissociação e despersonalização (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998), caracterizados por uma “sensação de desconhecimento ou não reconhecimento de si próprio” (Trzepacz & Baker, 2001, p. 140). Nestes casos, os indivíduos têm sentimentos de irrealidade ou referem mesmo “não sentir nada” (Klonsky, 2007). A dor provocada pelas autolesões perpetradas levariam ao restabelecimento do sentimento do *self* e da sua

identidade, ou seja, as feridas funcionariam como provas de que a pessoa existe realmente, aliviando e interrompendo os sentimentos de dissociação (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998; Polk & Liss, 2007).

No modelo do antisuicídio, o autodano serve para evitar as tentativas de suicídio e o próprio suicídio consumado (Klonsky, 2007). Segundo Suyemoto (1998, *cit. in* Klonsky, 2007) os danos provocados são uma forma de expressar pensamentos suicidas e evitar a morte, isto é, são um mecanismo de *coping* que permite ao indivíduo resistir aos seus impulsos suicidas.

“Frances: It’s not like I want to kill myself...When I cut a lot I don’t (try to) kill myself. I don’t want to. But if I don’t cut for a long, long time then I end up overdosing.” (Himber, 1994, p.662, cit. in Suyemoto, 1998, p.541)

Outra função, a de procurar ou eliciar o cuidado, afeto e atenção dos outros que são significativos na sua vida, advém do designado modelo da influência interpessoal (Klonsky, 2007).

Já no modelo das fronteiras/limites interpessoais é postulado que as autolesões servem para definir os limites do “eu”, permitindo a sua diferenciação do outro, defendendo o indivíduo contra sentimentos de fusão que possam emergir (Suyemoto, 1998; Klonsky, 2007). Raine (1982, *cit. in* Suyemoto, 1998) afirma que o ferimento ou a cicatriz pode funcionar como um meio de restabelecimento da identidade.

O modelo de autopunição faz da autolesão um meio para o indivíduo expressar a raiva que tem de si próprio e de se autopunir (Klonsky, 2007).

A última função descrita é a da procura de sensações, baseada no modelo com a mesma designação. O autodano seria então uma forma de criar sensações de euforia e adrenalina (Nixon *et al.*, 2002, *cit. in* Completo, 2014), semelhantes às sentidas num salto de *bungee jumping* (Klonsky, 2007).

Apesar da importância dos modelos anteriormente explanados, um dos mais conceituados e referenciados na literatura, pelo facto de integrar uma multiplicidade de razões que levam o indivíduo a desejar e efetivamente a magoar-se, é o modelo das quatro funções que tem vindo a ser aperfeiçoado ao longo dos recentes anos (Nock & Prinstein; Nock, 2010; Nock, 2009, *cit. in* Bentley *et al.*, 2014). Nock e Prinstein (2004), precursores deste modelo, identificaram quatro funções, ou processos de reforço, que justificam o surgimento e manutenção do comportamento de autodano. Tendo por base duas dimensões dicotómicas, a de reforço negativo versus reforço positivo e a de reforço automático (intrapessoal) versus reforço social (interpessoal), nasceram as seguintes funções: reforço automático negativo,

reforço automático positivo, reforço social negativo e reforço social positivo (Bentley *et al.*, 2014).

A função de reforço automático negativo refere-se à utilização do autodano para alcançar uma redução ou remoção da tensão ou de outros estados afetivos negativos (e.g. reduzir ou parar de ter sentimentos maus), sendo esta a função mais invocada na literatura e suportada por diversas investigações sobre esta temática (Nock & Prinstein, 2004; Nock, 2010). A título de exemplo, pode mencionar-se o estudo experimental de Haines, Williams, Brain e Wilson (1995, *cit. in* Nock, 2008), no qual os participantes tinham de se imaginar a cometer o ato autolesivo. Durante este exercício notou-se um decréscimo na resposta psicofisiológica a estados afetivos negativos (e.g. ansiedade) suscitados pela evocação da ocorrência do autodano, o que suporta a existência desta função (Haines, Williams, Brain e Wilson, 1995, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004).

Outra função é a de reforço automático positivo, na qual o autodano serve para criar sentimentos prazerosos ou desejáveis (Brown *et al.*, 2002 *cit. in* Nock & Prinstein, 2004), existindo, uma vez mais, evidências fisiológicas que apontam para a libertação de endorfinas durante um episódio de autodano (Sher & Stanley, por editar, *cit. in* Nock, 2008; Richardson & Zleski, 1986, *cit. in* Favazza & Conterio, 1988).

Contrariamente às funções de reforço automático, que servem para regular o “mundo” interno do indivíduo, as de reforço social são utilizadas para modificar ou regular o ambiente social (Nock, 2008; Nock & Prinstein, 2004). No caso da função de reforço social negativo, o indivíduo utiliza o autodano para escapar a tarefas interpessoais, que são muitas vezes consideradas pelo próprio como muito exigentes (e.g. evitar ser punido ou castigado pelos outros ou para evitar fazer algo desagradável) (Nock & Prinstein, 2004). Na função de reforço social positivo o objetivo pretendido é ganhar a atenção ou outro tipo de coisas materiais dos outros (e.g. tentar obter a reação de alguém ainda que seja negativa ou então dar conhecimento do grau de infelicidade que sente) (Nock & Prinstein, 2004). A consolidar as funções de reforço social existem estudos recentes que verificaram que as relações familiares dos indivíduos que cometeram autodano sofreram melhorias ao longo do tempo, comparativamente àqueles que não enveredaram por este tipo de comportamento (Hilt, Nock, Lloyd- Richardson, Prinstein, *s/d*, *cit. in* Nock, 2008).

Nock (2008) complexificou este modelo, no que concerne às funções sociais, tecendo outras explicações significativas. Assim, de acordo com este autor, o autodano é um sinal social intenso que é utilizado pelos indivíduos quando falham outras estratégias de comunicação (e.g. falar, gritar, chorar, etc.), o que quer dizer que é um comportamento que comunica o sofrimento, evocando a atenção e o cuidado dos outros, ou então, que serve para evitar a

realização de determinadas demandas interpessoais, quando mais nenhum outro o consegue fazer (Nock, 2008). Este comportamento de autodano serve ainda para comunicar a existência de perigo, neste caso o *distress* psicológico e físico ao qual o indivíduo está sujeito (o mesmo acontece nas perturbações somatoformes) (Nock, 2008). O autodano também pode ser utilizado como um sinal de força, servindo para afastar possíveis ameaças e agressores, ou então para aproximar o indivíduo de pessoas com comportamentos semelhantes, ou seja, para garantir uma afiliação com os outros (Nock, 2008).

Estes sinais comunicacionais são considerados honestos e fidedignos porque têm custos muito elevados para o indivíduo, quer a nível físico, quer a nível afetivo, uma vez que podem ser geradas feridas graves e sentimentos de vergonha e culpa, em quem os produz (Nock, 2008). À medida que o sofrimento do indivíduo aumenta, os estados afetivos negativos acompanham este sofrimento, tornando-se cada vez mais insuportável a dor física e psicológica experienciada (Nock, 2008). O indivíduo pode tentar comunicar este *distress*, no entanto, pode acontecer que a utilização de sinais menos danosos não sejam suficientes para influenciar os outros, ou então o sinal não tenha a qualidade requerida para o efeito, atendendo às fracas habilidades comunicativas do indivíduo, ou ainda, se o ambiente não for recetivo a estes sinais (Hooley, 2007; Wedig & Nock, 2007, *cit. in* Nock, 2008). No caso destas condições se manterem, a probabilidade de existir uma escalada de comportamentos menos onerosos até ao autodano aumenta (Nock, 2008). O mesmo também pode suceder quando o indivíduo se habitua ao cuidado prestado pelos outros e percebe que o pode perder (Nock, 2008).

Posto isto, e como já foi referido anteriormente, convém salientar que as investigações sobre as funções do autodano têm indicado que este comportamento de risco pode servir várias funções em simultâneo, ou então, pode servir primeiro umas e só depois as outras. Por exemplo, é possível que os indivíduos recorram inicialmente ao autodano para procurar a atenção e cuidado de outros, ou para evitar realizar demandas desagradáveis, mas num momento posterior o pretendido passa a ser gerar sentimentos ou reduzir tensão ou sentimentos negativos (Nock, 2008). Também pode acontecer o contrário, servindo o autodano primordialmente funções de reforço automático, para depois ser pautado por fatores sociais, advindo da necessidade de afiliação e de atenção dos outros (Nock, 2008).

Sobre esta temática resta concluir que as funções adotadas neste estudo são as incluídas no modelo das quatro funções de Nock e Prinstein (2004), ou seja, as funções de reforço automático e as de reforço social, porque acreditamos serem estas as que melhor explicam a manutenção daquele comportamento ao longo do tempo.

2.4. Fatores de risco e de proteção associados ao comportamento de autodano

Os fatores de risco são variáveis que precedem o resultado, acontecimento tido como indesejado e negativo, e que potenciam a probabilidade da sua ocorrência (Gonçalves, *et al.*, 2011).

A literatura aponta vários fatores de risco para o autodano na adolescência, tais como: a existência de problemas e patologias mentais (e.g. depressão); traumas vivenciados na infância (e.g. abuso físico e sexual e negligência emocional); pobre controlo de impulsos; baixa autoestima; mau humor; tristeza; raiva; estilo cognitivo autocrítico associado a sentimentos de vergonha e ódio para com o próprio; elevados níveis de ansiedade e *stress*; incapacidade para identificar aspetos positivos na sua vida; alexitimia; dissociação; isolamento; conflitos familiares; outros eventos de vida stressantes associados à incapacidade para lidarem de forma adaptativa com os mesmos; experiências de autodano entre os pares e um menor nível de educação (Suyemoto, 1998, Nock, 2008; Nock & Prinstein, 2004; Castilho *et al.*, 2010; Whitlock, 2010; Klonsky, 2007; Polk & Liss, 2007; Nunes, 2012).

É de suma importância perceber a inter-relação complexa existente entre estes fatores no desenvolvimento do autodano. Os traumas ou experiências negativas vivenciadas na infância são fortes preditores, pois as crianças estão sujeitas a constantes maus-tratos que acarretam, por sua vez, níveis elevados de ativação psicofisiológica, demonstrados através de ansiedade excessiva, *stress* e emoções negativas intensas, que são frequentemente ignoradas, invalidadas ou violadas (Polk & Liss, 2007). Além disso, estas crianças sentem-se impotentes perante tais situações, não conseguindo fugir ou lutar contra as mesmas. Mais tarde, o auto dano pode surgir, por um lado, porque os modelos das suas vidas apenas veicularam mensagens de agressão e, para não dirigirem esta agressão contra os outros indivíduos, dirigem-na para si próprios através do autodano, por outro lado, este comportamento pode surgir como uma tentativa de ganhar controlo sobre si próprio durante estados de forte estimulação, uma vez que são os próprios indivíduos que infligem a sua própria dor, e já não os outros (Favazza, 1999, *cit. in* Polk & Liss, 2007). Vários estudos teorizam que as histórias de traumas de infância provocam graves dificuldades futuras na regulação de experiências emocionais (Zlotnick *et al.*, 2001; Van der Kolk *et al.*, 1991, *cit. in* Polk & Liss, 2007) potenciando, assim, o surgimento do auto dano, visto como uma forma de regular estados afetivos negativos.

“Cutting her skin, she freely admitted, was her way of cutting off her feelings, cutting herself off from people and cutting the world out of her mind”. (Woods, 1988, p. 57, *cit. in* Suyomoto, 1998)

Outro fator de risco é a dissociação ou despersonalização, que advém muitas vezes de sentimentos de abandono e isolamento que provocam no indivíduo sentimentos de irrealidade, sendo o autodano visto como um mecanismo que restabelece o sentimento de si e a sua identidade. Isto vai ao encontro da função proposta por Klonsky (2007), na qual se defende que as feridas funcionam como provas de que a pessoa existe realmente, aliviando os sentimentos de dissociação. Outros autores como Suyemoto (1998) e Polk & Liss (2007) também a subscrevem.

O estilo cognitivo autocrítico possui também relação com este comportamento. As pessoas excessivamente autocríticas tendem a sentir-se derrotadas, inferiores, rejeitadas, perseguidas, humilhadas, o que quer dizer que se focam nos erros e sentimentos de inadequação do eu, evidenciando sentimentos de agressividade e ódio para com o mesmo (Castilho, 2010). Nestes casos, o autodano surge como forma de autopunição e autoataque, cujo intuito é precisamente magoar e atacar o eu (Castilho *et al.*, 2010). O autocrítico está correlacionado com a vergonha, que é uma resposta emocional automática perante o sentimento de desvalorização e que dificulta a capacidade das pessoas para pedir ajuda (Gilbert & Miles, 2000). É importante salientar que este estilo cognitivo está presente em muitas crianças que sofreram abusos na infância ou que foram excessivamente criticadas, tendo interiorizado pensamentos negativos sobre si próprias, motivando assim a autoagressão no futuro (Nunes, 2012). A baixa autoestima é outro fator de risco que está muitas vezes também associado ao autocrítico.

A alexitimia é a dificuldade que algumas pessoas possuem em identificar e descrever verbalmente os seus sentimentos e emoções. Assim, o autodano pode ser um mecanismo de expressar emoções negativas quando as palavras não estão disponíveis. O autodano surge, assim, como forma dos indivíduos escaparem a estes afetos e emoções negativas, sendo este comportamento reforçado negativamente ao se providenciar um alívio temporário (Polk & Liss, 2007). É indiscutível que os indivíduos que possuem dificuldades em articular os estados emocionais negativos possuem menos ferramentas para lidarem adequadamente com os mesmos (Polk & Liss, 2007). Vários estudos, ainda que sem unanimidade, têm comprovado que o auto dano pode ser aditivo, viciante, repetitivo e contagiante (Mangnall & Yurkovich, 2008). Por isso, a existência de outros adolescentes que o praticam pode ser considerada um fator de risco para outros enveredarem pelo mesmo caminho (Whitlock, 2010; Hasking, *et al.*, 2013). É importante não esquecer que o grupo de pares tem um papel fulcral na adolescência, sendo a modelação dos comportamentos interpares uma prática comum.

Os fatores de proteção são, por sua vez, aqueles que permitem a diminuição do risco através do fortalecimento de diversos recursos sociais e pessoais dos indivíduos (Silveira,

Silvares & Martton, 2003). No que diz respeito ao autodano, as referências na literatura sobre esse tipo de fatores é escassa e incompleta (Fliege, Lee, Grimm & Klapp, 2009), contudo, a partir da percepção do risco depreende-se a maioria deles, incidindo os principais sobre as capacidades sociais, autorregulação emocional, resolução de problemas e maior flexibilização cognitiva (Kumar, 2010; Klonsky, 2007; Favazza, 1996, *cit. in* Nock, 2010; Strong, 1998, *cit. in* Nock, 2010).

Assim, podem elencar-se os seguintes fatores de proteção: boas relações entre os membros da família e apoio familiar; padrão de vinculação segura; boas relações com os amigos, colegas e vizinhos; integração social, com a participação em atividades de voluntariado, desportivas, religiosas, ou outras de índole social; elevada autoestima e autoconfiança; capacidade para procurar ajuda perante as dificuldades; abertura a novas experiências e conhecimentos; estratégias de *coping* eficazes na resolução de problemas e manejo do *stress*; capacidade de auto compaixão ou auto ajuda; capacidades de tolerar sentimentos negativos; capacidade de compreender e discernir os seus estados emocionais; sentimentos de auto afeto; não exagerar o significado das situações de vida negativas; flexibilidade cognitiva e habilidade para comunicar (Nock, 2008; Klonsky, 2007; Mikulincer & Shaver, 2008; Suyemoto, 1998; Yates, 2004; Nunes, 2012; Yates, 2004; Mikulincer & Shaver, 2008, *cit. in* Gonçalves, 2012).

3. O comportamento suicida

3.1. Definição e conceito de comportamento suicida

Compreender o porquê das pessoas atentarem contra as suas próprias vidas, contrariando o impulso natural e inato de auto preservação (Darwin, 1976, Lorenz, 1963, Wilson, 1978, *cit. in* Nock, 2010) tem sido, de acordo com a revisão da literatura, o foco de muitos estudos. Tal se deve ao facto do suicídio ser considerado um grave problema de saúde pública que afeta de forma devastadora o indivíduo que o comete, mas também os entes queridos que lhe são próximos (WHO, 2000, 2002; Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Por isso mesmo, a importância de compreender, definir e delimitar este fenómeno complexo e multifatorial (Abreu, Lima, Kohlraush & Soares, 2010) tem sido considerada uma questão premente nos nossos dias. Posto isto, de seguida apresentam-se diversas conceptualizações que podem contribuir para uma visão abrangente sobre esta problemática.

Começamos então pelo significado da palavra suicídio. Esta deriva dos termos em latim *sui* (de si) e *caedere* (matar), que é o mesmo que dizer a morte de si, ou seja, do próprio (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Para Durkheim (1897, *cit. in* Saraiva, 2006) o suicídio tinha como resultado um desfecho fatal, ou seja, a morte do indivíduo, cometida de forma direta ou indireta pelo próprio, através

de um ato que pode ser positivo ou negativo, do qual há a consciência plena da sua letalidade. Acrescenta ainda, seguindo uma perspectiva sociológica, que se trata de uma ocorrência social que advém de dificuldades nas relações sociais e na integração social, contudo esta perspectiva não menciona as razões individuais que levam o indivíduo a cometer o suicídio, algo que é extremamente importante para a sua compreensão (Saraiva *et al.*, 2014).

Vaz Serra (1971, *cit. in* Saraiva, 2006) concorda com a definição anterior pois também para este autor o suicídio pode derivar de uma má integração na sociedade. Define-o como um ato autodestrutivo, cometido pelo próprio deliberadamente e com a intenção de colocar fim à vida.

O suicídio é também perspectivado como um ato impulsivo, que normalmente é despoletado por algum evento negativo, sendo que o impulso para o ato tem uma duração de segundos ou poucas horas (WHO, 2002a).

Segundo a WHO (2002a) existe uma ambivalência no sentir e pensar dos indivíduos suicidas, por um lado querem escapar à dor intolerável e, por outro, desejam viver. Para além disso, são pessoas que têm pensamentos recorrentes sobre o suicídio e não conseguem encontrar outra forma para resolver os seus problemas, sendo a morte a sua única saída (WHO, 2002a). Muitas vezes, estas pessoas chegam mesmo a comunicar os seus pensamentos e intenções (e.g. “querem morrer” ou/e “sentem-se inúteis”), sendo que a essência destes pensamentos/intenções é universal (WHO, 2002a). Através de vários estudos tem-se percebido que estes indivíduos se caracterizam por ter um estilo de pensamento dicotómico e rígido, défice na capacidade de resolução de problemas e na regulação emocional, fraca tolerância à frustração, e vidas marcadas por uma série de acontecimentos stressantes e até mesmo traumáticos (Saraiva, 1999).

Shneidman (1985, *cit. in* Neves, 2014; Saraiva, 2006), considerado o pai da Suicidologia (disciplina científica que estuda o suicídio e a sua prevenção), afirma que o indivíduo, através do ato suicida, procura uma solução para fugir ou suspender a dor psicológica sentida subjetivamente como insuportável. Este autor considera, ainda, que o suicídio é um acontecimento idiossincrático, porém existem determinadas características que são comuns em qualquer suicida, nomeadamente, a falta de autoestima, a desesperança, o isolamento e a falta de objetivos de vida (Neves, 2014).

O comportamento suicida, ou seja o suicídio de forma global, pode também ser entendido como qualquer ação que causa danos autoinfligidos, não tendo em consideração o móbil que leva à sua ocorrência (Abreu *et al.*, 2010). Já Hamza, Stewart e Willoughby (2012) dizem que o comportamento suicida corresponde a atos autodestrutivos causados deliberadamente com intenção de acabar com a própria vida.

Este comportamento engloba três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (Nock, 2010; Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011; Beck *et al.*, 1973, *cit. in* Braz Saraiva, 1999; WHO, 2002a).

A ideação suicida pode ser definida como a existência de ideias ou pensamentos sobre a morte, mais especificamente, sobre como acabar com a própria vida (Nock, 2010; Van Heeringen, 2001, *cit. in* Park, Ryu, Han, Kwon, Kim, Kang, Yoon, Cheon & Shin, 2010; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005), o que quer dizer que pode englobar pensamentos, desejos, atitudes ou planos sobre cometer o ato suicida (Borges & Werlang, 2006), sem que haja necessariamente a concretização da ação derradeira (Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - PNPS, 2013-2017). Apesar disso, a ideação suicida é considerada o primeiro passo para a concretização da tentativa de suicídio e /ou do suicídio consumado (PNPS, 2013-2017; Borges & Werlang, 2006). É também significativo referir que o grau de severidade da ideação suicida difere em dois níveis: ideação passiva (pensamentos sobre a morte, em que é frequente o pensamento de que a vida não vale a pena ou que a morte pode ser uma solução para terminar com a dor); e ideação ativa (o indivíduo já se idealiza a cometer o ato suicida, ou seja a destruí-lo) (APA, 2000, *cit. in* Pereira, 2011; Saraiva *et al.*, 2014). A ideação ativa, sendo mais grave, pode envolver a elaboração de um plano suicida, no qual o indivíduo discorre sobre os procedimentos envolvidos para a concretização do ato final (e.g. “o método, o local, o horário, o desfecho e consequências”) (Saraiva & Gil, 2014, p.46; Nock, 2010; Grunbaum *et al.*, 2004, *cit. in* Bridge, Glodstein & Brent, 2006). Relativamente à frequência e à intensidade da ideação suicida a nível geral sabe-se que esta tende a aumentar com a idade cronológica, principalmente após a puberdade (Carlson e Cantwell, 1982, *cit. in* Borges & Werlang, 2006).

Por sua vez, a tentativa de suicídio é entendida como “o ato levado a cabo por um indivíduo e que tem por finalidade pôr termo à própria vida, mas em que, por diversas razões, esse objetivo não foi conseguido” (Gil & Saraiva, 2006, *cit. in* Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011, p.151). A tentativa de suicídio é usualmente 10 a 20 vezes mais frequente do que o suicídio consumado, e é uma das principais razões para a admissão de jovens nos serviços de urgência hospitalar (WHO, 2002a). A sua prevalência tende a ser superior no sexo feminino (WHO, 2002a).

O suicídio consumado é, segundo a WHO (2002a), o ato deliberado levado a cabo pelo próprio e que resulta na sua morte. Apesar da pessoa que comete suicídio saber e esperar um desfecho fatal, a intenção de o cometer pode ser vaga ou ambígua, atendendo a que em muitos casos a pessoa não deseja nem tem como objetivo morrer, mas simplesmente parar de viver ou deixar de estar consciente (WHO, 2002a). Os métodos mais comuns são o enforcamento, cortes

severos no próprio corpo e precipitar-se de lugares elevados (Nock, 2010; Andover & Gibb, 2010).

É importante ressaltar que as três categorias supramencionadas existem num *continuum* de gravidade crescente (WHO, 2002a). Assim sendo, quanto mais grave, frequente e duradoura for a ideação suicida maior será a probabilidade de ocorrer a tentativa de suicídio (Lewinsohn *et al.*, 1996 *cit. in* Bridge, Glodstein & Brent, 2006; Silva, Oliveira, Botega, Marín-Léon, Barros & Dalgarrondo, 2005), sendo que esta última categoria é considerada um fator de risco para o suicídio consumado (APA, 2003, *cit. in* Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011; Silva, *et al.*, 2005).

Para que se possa analisar a gravidade do comportamento suicida é necessário compreender o nível da sua intenção, o qual é aferido através da existência ou não de um plano suicida, do desejo de morrer versus desejo de viver e, ainda, da probabilidade das suas intenções serem descobertas por outrem (Abreu *et al.*, 2010). O grau de letalidade do método utilizado, aliado ao conhecimento que o indivíduo possui acerca do mesmo, pode também revelar a severidade anteriormente referida (Saraiva & Gil, 2014). Por exemplo, os indivíduos que recorrem a métodos de elevada letalidade (e.g. enforcamento, saltar de alturas elevadas, etc.) têm maior probabilidade de consumir o suicídio, e como tal o comportamento suicida é, nestes casos, considerado no seu expoente máximo de gravidade, contrariamente à intoxicação por medicamentos ou cortes superficiais do corpo tidos, muitas vezes, como métodos de baixa letalidade (Saraiva & Gil, 2014).

Toda a operacionalização do suicídio tem sido complexificada ao longo do tempo mas, ainda, assim não se considera esta tarefa terminada (Sampaio *et al.*, 2014). No entanto, há algo que emerge como característica comprovada em todos os estudos realizados até à data – o enorme sofrimento psíquico a que estas pessoas estão sujeitas, o que como veremos adiante, está muitas vezes intimamente relacionado com diversos sintomas psicopatológicos.

Resta acrescentar que o presente estudo vai se centrar na categoria ideação suicida definida como o conjunto de pensamentos, desejos, atitudes ou planos sobre cometer o ato suicida (Borges & Werlang, 2006).

3.2. A prevalência do comportamento suicida

Segundo a WHO (2002a, 2006) o suicídio está entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias a nível mundial, e entre as três principais causas de morte para o grupo etário dos 15 aos 34 anos. No ano de 2000 a taxa mundial de suicídio foi de 16 mortes por 100.000 habitantes, o que significa uma morte a cada 40 segundos, fazendo com que este seja

considerado um grave problema de saúde pública (WHO, 2002a; Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011).

As taxas de suicídio mais elevadas são encontradas nos países europeus, principalmente em países da Europa de Leste (superiores a 30 por 100.000 habitantes) e também na China e no Japão (WHOa, 2002; Saraiva *et al.*, 2014). Já os países da América Latina e outros países asiáticos apresentam as taxas mais baixas (WHOa, 2002). As taxas intermédias registam-se na Europa Central e na do Norte, América do Norte, Sudeste Asiático e no Pacífico Ocidental (e.g. Austrália, Canadá, Índia, Nova Zelândia, EUA) (WHOa, 2002). Algumas ilhas isoladas apresentam taxas significativamente mais elevadas quando comparadas à média regional dos países a que pertencem (e.g. Cuba, Fiji, ilhas Maurícias, Seychelles, Samoa e Sri Lanka). A nível europeu a incidência do suicídio é mais fraca nos países mediterrâneos, dos quais Portugal faz parte.

Relativamente ao género, a taxa de suicídio é considerada mais elevada no sexo masculino comparativamente ao sexo feminino (WHO, 2002a). É importante referir que a incidência do suicídio também é superior na população clínica, quando comparada com a incidência deste comportamento na população em geral. Pode mesmo afirmar-se de acordo com dados obtidos da WHO (2002a), que as patologias psiquiátricas estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio. É nos países desenvolvidos e nos que estão em desenvolvimento que tal acontece, ou seja, 80% a 100% dos indivíduos que cometem suicídio possuem uma doença mental, sendo a depressão a patologia mais frequente em relação ao suicídio consumado (WHO, 2002a).

Sem dúvida alguma que o suicídio é um problema mundial muito grave, apresentando taxas mais elevadas nos últimos anos, principalmente no período da adolescência (WHO, 2002a). As taxas de suicídio aumentam com a idade verificando-se uma prevalência mais elevada na fase final da adolescência e no jovem adulto (Bridge *et al.*, 2006; Saraiva, 2006; WHO, 2002a). Só para que se tenha uma ideia clara sobre a dimensão deste problema, em um terço de todos os países do mundo, a taxa do suicídio já é mais elevada nos adolescentes quando comparada com as outras faixas etárias superiores (WHO, 2002a). Existem também estudos que referem que as taxas são mais elevadas para ambos os sexos na meia-idade ou na velhice, isso porque os jovens são aqueles que mais vezes tentam o suicídio, no entanto são os mais velhos que mais frequentemente conseguem suicidar-se (Santos *et al.*, 2012).

Em Portugal a taxa de suicídios também aumentou significativamente, “segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2008) as taxas globais de suicídio passaram de 5,1 por 100.000 habitantes, em 2000, para 9,8 por 100.000 habitantes, em 2008”, atualmente as taxas registadas estão entre os 9 e 10 por 100.000 habitantes (Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz

Sequeira, 2011,p.152). A nível nacional o suicídio é a segunda causa de morte entre os indivíduos com idades entre os 15 e os 24 anos, precedida pelos acidentes de viação (Veiga, 2014).

A comprovar esta tendência, existe uma investigação realizada com uma amostra de 628 adolescentes estudantes portugueses, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, a partir da qual foi possível aferir que 48,2% (quase metade) dos participantes já tiveram ideias de suicídio e 7% já tentou o suicídio (Oliveira *et al.*, 2001). Para além disso, verificou-se, ainda, que os participantes que mais tentavam o suicídio eram aqueles que também apresentavam um maior índice de ideação suicida, comportamentos de risco e autodano (Oliveira *et al.*, 2001). É importante destacar que 60% dos indivíduos que se suicidam possuem, *à priori*, ideação suicida (Silva *et al.*, 2006).

Relativamente às tentativas de suicídio só existem dados disponíveis sobre alguns países, os quais indicam que o número destas tentativas pode ser 20 vezes maior do que os suicídios consumados (WHO, 2002a). A frequência destas tentativas é maior no sexo feminino, sendo que, no que concerne à idade, é mais prevalente em indivíduos com menos de 35 anos de idade (Whitlock & Knox, 2007; WHO, 2002a). Para além disso, diversos estudos têm demonstrado que a existência de tentativas de suicídio é um forte preditor da consumação do ato letal, tendo sido comprovada a existência de risco de repetição da tentativa de suicídio nos três a seis meses posteriores, sendo que nestas repetições são utilizados métodos cada vez mais letais (Saraiva & Gil, 2014). Investigações nesta área demonstraram, também, que 25% dos adolescentes com tentativa de suicídio e 25% a 40% dos jovens que se suicidam tentaram pelo menos uma vez o suicídio no passado, e “11% daqueles que fazem tentativa de suicídio por intoxicação irão suicidar-se nos próximos anos” (Hurry, 2000, *cit. in Santos et al.*, 2012; Ward *et al.*, 2000, *cit. in Santos et al.*, 2012).

A ideação suicida tem uma prevalência ao longo da vida que varia entre 3% a 65%, sendo que apenas 1% destes indivíduos cometerão suicídio (She, 2002, *cit. in Saraiva et al.*, 2014). As taxas de incidência são superiores na população mais jovem (Nock *et al.*, 2008, Krug, *et al.*, 2002, *cit. in Andover & Gibb, 2010; Man, 1999, cit. in Silva et al.*, 2006). Relativamente ao género, Man (1999) concluiu que no período da adolescência a prevalência da ideação suicida é superior no sexo feminino, ocorrendo o mesmo para as tentativas de suicídio (Man, 1999, *cit. in Borges & Werlang, 2006*). Na Austrália foi também realizado um estudo com pacientes internados devido a patologias psiquiátricas, do qual se concluiu que cerca de 22% dos pacientes com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos apresentavam ideação suicida (McKelvey, Pfaff, & Acres, 2001, *cit. in Borges & Werlang, 2006*). Nos Estados Unidos da América, outro estudo realizado na Colúmbia, demonstrou que 14% dos adolescentes da comunidade apresentavam ideação suicida. Estes estudos corroboram a ideia de que a população clínica

possui índices superiores de ideação suicida, sendo as perturbações depressivas as mais associadas, algo que também acontece nas tentativas de suicídio (Sadock, 2008, *cit. in* Neves, 2014). Relativamente à investigação de Nunes (2012), com uma amostra de estudantes do ensino secundário da ilha de São Miguel – Açores, ficou comprovado que metade dos adolescentes inquiridos já teve ideias de suicídio (51,5%), algo também corroborado pelo estudo de Róias (2015), cuja amostra foi constituída por 645 estudantes universitários da mesma ilha.

A elevada prevalência mundial do comportamento suicida, principalmente na população adolescente e /ou na população clínica, exigem cada vez mais estudos que forneçam as razões para algo tão nefasto acontecer. Só assim se pode prevenir e sanar este comportamento, muitas vezes subdeclarado, pois é classificado como morte acidental ou indeterminada, comprovando-se a ideia de que a prevalência pode atingir números ainda mais assustadores (Borges & Werlang, 2006; Saraiva & Gil, 2014).

3.3. Fatores de risco e de proteção associados ao comportamento suicida

O suicídio é um fenómeno multifatorial, pois é precipitado por um vasto conjunto de fatores, nomeadamente, fatores psicopatológicos, psicológicos, genéticos, biológicos, socioculturais, familiares, situacionais e outros de cariz individual (e.g. idade, género), que se interrelacionam de forma complexa influenciando o indivíduo (Santos *et al.*, 2012; Saraiva & Gil, 2014; Santos & Neves, 2014; WHO, 2002, 2006; Chachamovich, Stefanello, Botega; Tureki, 2009; Sapienza & Pedromônico, 2005). A deteção destes fatores é considerada fulcral para a prevenção do comportamento suicida (Nordentof, 2011; WHO, 2006), por isso, torna-se imperioso elencar estes fatores.

A existência de patologias psiquiátricas estão associadas positivamente a mais de 90% dos casos de suicídio, sendo de destacar: as perturbações de humor – com especial relevo para a depressão; as perturbações da personalidade – com maior incidência na perturbação borderline da personalidade e perturbação antissocial da personalidade; as perturbações relacionadas com abuso de substâncias e a esquizofrenia (WHO, 2002, *cit. in* Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011; Berlote *et al.*, 2004 *cit. in* Gonçalves, Pinto de Freitas & Cruz Sequeira, 2011; Abreu, *et al.*, 2010). Relativamente aos adolescentes, acrescentam-se a estas perturbações, as perturbações da ansiedade e os distúrbios do comportamento alimentar (WHO, 2002, *cit. in* Gonçalves *et al.*, 2011). As perturbações mais frequentes nos adolescentes suicidas são as perturbações afetivas, o abuso e dependência de substâncias e os comportamentos disruptivos, sendo estas perturbações podem coocorrer simultaneamente (Bridge *et al.*, 2006; Hawton & Van Heering, 2009).

Para além das perturbações mentais, diversas doenças crónicas, como a epilepsia, diabetes, entre tantas outras, podem contribuir para o aumento do risco da ocorrência do comportamento suicida (Santos & Neves, 2014)

Nas últimas décadas vários estudos têm sugerido que o autodano é um fator de risco para o comportamento suicida. Acrescentam ainda que a existência de história prévia de autodano é um dos mais fortes preditores da tentativa de suicídio (Hamza *et al.*, 2012). A partir da investigação de Andover e Gibb (2010), com uma amostra de pacientes com patologia psiquiátrica que se encontravam internados, verificou-se a existência de correlação positiva entre a presença e número de episódios de autodano com a presença e número de tentativas de suicídio. Este estudo também comprovou que a frequência e existência de autodano predizem mais fortemente do que a depressão, a desesperança e características da perturbação borderline da personalidade, as tentativas de suicídio e a ideação suicida.

Também a ideação suicida é considerada um forte preditor da tentativa de suicídio, por sua vez, a própria tentativa de suicídio também o é para o suicídio consumado (APA, 2003; Suominen, Suokas, Haukka, Achte & Loonqvist, 2004; Silva *et al.*, 2006). Diversos estudos longitudinais têm demonstrado que quanto mais intensa e frequente for a ideação suicida maior é o risco para tentar o suicídio (Lewinsohn, 1996). Assim sendo, identificando a presença de ideação suicida mais facilmente se preveniria o risco de morte inerente ao comportamento suicida, todavia nem sempre os pensamentos sobre o suicídio são divulgados aos outros, o que dificulta a prevenção de tais condutas (APA, 2003).

Os fatores genéticos (e.g. genes *TPH1*, *TPH2* e *SLC6A4*) e biológicos também têm sido apontados como fatores que aumentam a predisposição do indivíduo para o suicídio. A investigação nesta área tem sugerido que o suicídio pode estar relacionado com alterações no sistema serotoninérgico e no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (Santos & Neves, 2014; Cardoso, 2014).

Um fator recentemente estudado é o das dificuldades a nível da memória autobiográfica relacionada com experiências específicas, ou seja, os indivíduos com dificuldades na evocação de experiências passadas específicas possuem maior défice na capacidade de resolução de problemas relacionados com as relações interpessoais, o que acarreta sentimentos de desesperança que podem culminar no comportamento suicida (Arie *et al.*, 2008, *cit. in* Pereira, 2009).

Acresce aos fatores mencionados anteriormente, outros fatores de cariz ambiental e sociodemográfico, nomeadamente, o sexo, a idade, o estado civil, a situação laboral, local de residência, acontecimentos de vida pautados pelo *stress*, exposição ao suicídio, acessibilidade aos meios para o cometer e relações familiares e interpares (WHO, 2002a). Como vimos

anteriormente, o suicídio é mais frequente no sexo masculino, contudo a ideação suicida e a tentativa de suicídio são mais prevalentes no sexo feminino (Man, 1999, *cit. in* Borges & Werlang, 2006; WHO, 2002a). Relativamente à idade, as taxas de suicídio aumentam com o passar dos anos, verificando-se uma prevalência mais elevada na fase final da adolescência e no jovem adulto (Bridge *et al.*, 2006). No entanto, existem outros estudos que apontam os idosos como aqueles que mais se suicidam, enquanto nos mais jovens predomina a ideação suicida e a tentativa de suicídio (Santos *et al.*, 2012). Os indivíduos que vivem sozinhos têm, também, sido considerados vulneráveis à adoção deste comportamento (e.g. solteiros, divorciados e viúvos), assim como os que se encontram em situações precárias de trabalho (e.g. desempregados) e os que vivem em ilhas mais isoladas (WHO, 2002a). Alguns acontecimentos de vida também são fatores de risco, como por exemplo, a morte de alguém, perda de amigos, namorada(o), conflitos familiares, etc. (Minayo, Cavalcante, Souza, 2006; Sampaio, 2002; Santos *et al.*, 2012).

Outros fatores significativos, principalmente no período da adolescência, são o pensamento dicotómico, desesperança, ansiedade, baixa autoestima, diminuição da capacidade de resolução de problemas, dificuldades no rendimento escolar, dificuldades na formação da identidade, fácil acesso aos meios para cometer o suicídio, propagação do fenómeno através dos *media*, sentimentos de culpabilidade e ódio por si próprio, agressividade, impulsividade, perfeccionismo, falta de suporte social, dificuldades no relacionamento interpares ou com familiares, abuso sexual e físico e existência de comportamentos de risco (e.g. abuso de substâncias como álcool ou drogas ilícitas (Laufer, 2000; Bridge *et al.*, 2006; Santos *et al.*, 2012; Santos & Neves, 2014).

Para além da importância dos fatores de risco para a prevenção do comportamento suicida, é essencial o reforço dos fatores protetores, ou seja, dos recursos pessoais e sociais que podem implicar a diminuição ou eliminação do risco (Benicasa & Rezende, 2006).

A WHO (2002a) elencou uma série de importantes fatores de proteção designadamente, medidas que restrinjam o acesso aos meios utilizados para cometer o suicídio, a capacidade para pedir auxílio quando o indivíduo é confrontado com situações adversas e/ou dificuldades na tomada de decisão, abertura ao conhecimento, boas habilidades sociais e autoconfiança. Para além destes, também considerou de suma importância a identificação precoce das patologias psiquiátricas e o seu tratamento realizado em fases iniciais da doença, atendendo a que estas patologias estão frequentemente na génese do comportamento suicida.

Outros fatores igualmente significativos são o estabelecimento de relações interpessoais positivas interpares, existência de padrões de vinculação segura, coesão familiar, apoio escolar, projetos de vida e objetivos de vida alcançáveis, religiosidade, capacidade de

resolução de problemas, flexibilidade cognitiva e competências emocionais (Wasserman, 2001; APA, 2003; Santos *et al.*, 2012; Saraiva & Gil, 2014).

Acrescenta-se ainda a importância da existência de condições económicas favoráveis, que permitam o acesso às necessidades básicas, à educação e à saúde e a existência de mais estudos sobre os fatores de proteção dos comportamentos autodestrutivos. Estes estudos são essenciais para a criação de programas de intervenção no âmbito do comportamento de autodano, comportamentos de risco e até mesmo sobre o próprio comportamento suicida (Abreu *et al.*, 2010; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Nunes, 2012).

3.4. Relação do comportamento suicida com o autodano

O autodano e os comportamentos suicidas são considerados fenómenos que se distinguem pela intenção, frequência e letalidade dos métodos utilizados (Muehlenkamp, 2005; Hamza, Stewart & Willoughby, 2012).

O autodano ocorre mais frequentemente do que o comportamento suicida e as lesões que decorrem deste comportamento são causadas sem intenção suicida, através de métodos pouco letais (e.g. corte; queimaduras; etc.), com o propósito de promover a melhoria de um estado psicológico (Hamza *et al.*, 2012; Roth & Presse, 2003, *cit. in* Magnall & Yurkovich, 2008; Glenn & Klonsky, 2009; Andover & Gibb, 2010). De facto, aqueles que cometem autodano possuem atitudes mais positivas em relação à vida e mais negativas em relação à morte, há mesmo quem o considere um mecanismo de *coping* que permite evitar o suicídio (Muehlenkamp & Guttierrez, 2004; Suyemoto, 1998; Favazza, 1996, *cit. in* Mangnall & Yurkovich, 2008), o que significa que a destruição de uma parte do corpo evitaria a aniquilação total do indivíduo (Menninger, 1938, *cit. in* Muehlenkamp, 2005).

Já no comportamento suicida, mais especificamente na tentativa de suicídio, existe intenção de colocar fim à própria vida, utilizando-se métodos de elevada letalidade (e.g. overdose, corte de pulsos, enforcamento) (Mangnall & Yurkovich, 2008; Saraiva, 2006). Nestes casos os indivíduos têm a percepção da morte como consequência do seu ato (Andover & Gibb, 2010; Muehlenkamp & Guttierrez, 2004; Favazza, 1998, *cit. in* Hamza, Stewart & Willoughby, 2012; Roth & Presse, 2003, *cit. in* Magnall & Yurkovich, 2008).

Apesar de serem fenómenos distintos, são ambos comportamentos autodestrutivos que podem coocorrer, ou então, podem ser conceptualizados como fazendo parte de um único *continuum*, que será o mesmo que dizer que pode haver uma escalada do comportamento do autodano para a ideação suicida e desta para a tentativa de suicídio, sendo que quanto mais recorrente for a tentativa maior a probabilidade do ato se consumir (Klonsky *et al.*, 2014; Andover & Gibb, 2010). Existem estudos que chegaram a comprovar esta conceptualização,

verificando que existia uma correlação positiva entre o número de episódios de autodano e a intenção letal implicada na tentativa de suicídio, ou seja, os indivíduos com história de autodano tinham mais certezas de que a tentativa levaria à sua morte, do que aqueles sem história de autodano (Andover & Gibb, 2010; Whitlock & Knox, 2007; Claes *et al.*, 2010). Joiner (2005, cit. in Nock *et al.*, 2006) justifica esta evolução defendendo a possibilidade dos indivíduos que têm autodano se habituarem ao medo e à dor física provocada pelas autolesões, assim sendo, aqueles com história de autodano mais longa utilizariam métodos cada vez mais graves, e mais frequentemente tentariam o suicídio, do que os que não têm antecedentes de autodano. Posto isto, confirma-se que o autodano é irrefutavelmente um forte preditor do comportamento suicida (Andover & Gibb, 2010). O que se depreende é que a escalada para outro comportamento mais grave ocorre quando o autodano deixa de produzir o efeito desejado que, na maioria das vezes, está relacionado com a diminuição da dor psíquica vivenciada pelo indivíduo, logo, o suicídio passa a ser a única forma de travar aquela dor intolerável (Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2011).

Outros estudos alegam a ausência de dor durante o ato (Favazza & Conterio, 1988; Walsh & Rosen, *cit. in* Muehlenkamp, 2005), contrariando a tese da existência de um continuum (Favazza & Conterio, 1989; Linehan, 2000, *cit. in* Withlok & Knox, 2007). Briere e Gil (1998) contrapõem também aquela posição alegando que a existência do autodano *per si* não é um preditor do suicídio.

Estas divergências e o estudo de ambos os fenómenos como se não fossem diferentes um do outro, fazem com que seja necessária mais investigação sobre estas temáticas (Mangnall & Yurkovich, 2008).

4. Psicopatologia associada ao comportamento de autodano e ao comportamento suicida

O comportamento de autodano coexiste muitas vezes com patologias do foro psiquiátrico, sendo que uma das mais relatadas é a perturbação borderline da personalidade, aliás, para a qual o autodano no DSM-IV (2006) surge como um dos seus critérios diagnósticos (Klonsky, 2007; Nock *et al.*, 2006; DSM-IV, 2006). O autodano tem sido identificado em 80% dos indivíduos com esta perturbação, sendo que estes tendem a iniciar aquele comportamento na adolescência, verificando-se maior frequência do autodano quanto mais severa for a perturbação borderline da personalidade (Simons, 2002, *cit. in* Sadeh *et al.*, 2014; Muehlenkamp *et al.*, 2012; Mikolajczack *et al.*, 2009, *cit. in* Castilho *et al.*, 2010; Castille *et al.*, 2007). Posto isto, é vital a implementação de programas de intervenção junto dos adolescentes com esta patologia e que cometem autodano, porque é desta forma que se pode prevenir a sua ocorrência no futuro (Glenn & Klonsky, 2011).

Outros estudos têm revelado que o autodano também se verifica em pacientes com perturbações da ansiedade, de humor, dissociativas, relacionadas com abuso de substâncias, de *stress* pós- traumático e do comportamento alimentar (Briere & Gil, 1998; Haw, Hawton, Houston & Townsend, 2001; Claes *et al.*, 2014; Nijman *et al.*, 1998; Yates, 2004; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999; Castille *et al.*, 2007).

É importante salientar que muitos dos fatores que contribuem e/ou caracterizam estas perturbações são a vivência de traumas ou experiências negativas na infância, estados afetivos negativos intensos (e.g. ansiedade excessiva, sentimentos de agressividade e ódio para com o próprio), alexitimia, apatia, falta de estratégias de *coping* adaptativas, eventos de vida stressantes e relações interpessoais disfuncionais (DSM-IV, 2006; Claes *et al.*, 2014; Clowe & Bunclark, 2000; Castilho *et al.*, 2010). Nestes casos, o autodano pode surgir para aliviar ou eliminar o sofrimento ou produzir sensações e emoções (reforço automático), pode também ser utilizado com o propósito de evitar alguma demanda interpessoal ou eliciar o cuidado dos outros (reforço social) (Nock & Prinstein, 2004).

Resta acrescentar, relativamente ao comportamento de autodano, que Nock *et al.* (2006), a partir dos resultados do seu estudo, concluíram que são diversas as patologias psiquiátricas relacionadas com o autodano na adolescência, sendo a taxa de incidência daquelas patologias (87,6%) semelhante à taxa das patologias associadas ao comportamento suicida (90% a 95%) encontrada na maioria dos estudos.

As patologias psiquiátricas estão também associadas positivamente a mais de 90% dos casos de suicídio, e como já se referiu anteriormente, são um fator de risco do comportamento suicida (WHO, 2002a). Bertotole, Fleishmann, De Leo e Wasserman (2004) verificaram que cerca de 30,2% daqueles casos estavam relacionados com a existência de perturbações de humor, 17,6% com as perturbações relacionadas com abuso de substâncias, 14,1% com a esquizofrenia e 13% com as perturbações da personalidade. Outros estudos epidemiológicos revelaram que muitos dos casos de suicídio estavam associados a mais do que um diagnóstico de doença mental, o que significa que a cronicidade, severidade e comorbilidade das patologias psiquiátricas encontram-se associadas ao incremento do risco de suicídio (Peixoto e Azenha, 2014; Brent *et al.*, 1993b; Ryan *et al.*, 1987, *cit. in* Brigde *et al.*, 2006).

A perturbação depressiva é considerada a mais frequente nos indivíduos que cometem suicídio e está também fortemente associada às restantes categorias que fazem parte daquele comportamento (ideação suicida e tentativa de suicídio) (Saraiva, 2006; Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009). É importante salientar que se tem registado um aumento da taxa de incidência desta patologia, principalmente nos adolescentes, acarretando o aumento da taxa de suicídios (Winderfuher *et al.*, 2008, *cit. in* Santos *et al.*, 2012). Os indivíduos com esta

perturbação frequentemente possuem sintomas como desesperança, apatia, concentração diminuída, ansiedade excessiva (com possibilidade de ataques de pânico), alterações no sono, perda de energia e desinteresse por atividades prazerosas (APA, 2003; Santos *et al.*, 2012), sintomas estes que revelam o enorme sofrimento psíquico a que estão sujeitos, ao ponto de considerarem a morte a sua única escapatória. É importante considerar que quando os indivíduos se encontram medicados este risco tende a diminuir (Santos *et al.*, 2012).

As perturbações relacionadas com abuso de substâncias também possuem um grande relevo no que concerne a esta problemática, principalmente quando prevalecem nas populações mais jovens e/ou se encontram associadas às perturbações de humor (Brige *et al.*, 2006). Interessante é constatar que as perturbações de abuso de substâncias são mais frequentes naqueles que tentam o suicídio, comparativamente àqueles que possuem ideação suicida, supondo-se que o abuso de substâncias acarreta a passagem da ideação a um ato mais grave (Gould *et al.*, 1998, *cit. in* Bridge *et al.*, 2006). À semelhança do que acontece com o autodano, este tipo de comportamentos aditivos podem desinibir o sujeito para a concretização daquilo que numa fase inicial apenas idealizava (Alonso & Dedrick, 2010).

Para além dos quadros psicopatológicos referidos anteriormente, também as perturbações de comportamento disruptivo, perturbações da ansiedade, perturbações alimentares e de *stress* pós-traumático estão associadas ao comportamento suicida, principalmente nas populações mais jovens (Bridge *et al.*, 2006).

Capítulo II
Estudo Empírico

Caracterização do Autodano e da ideação Suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica

Capítulo II – Estudo Empírico: Caracterização do autodano e da ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica

Após terem sido explicitados os modelos teóricos explicativos e os estudos empíricos realizados sobre o comportamento de autodano e a ideação suicida, verificou-se que existe uma necessidade essencial de se incrementar o conhecimento sobre estas problemáticas. Percebeu-se, também, que por serem fenómenos extremamente complexos e determinados por múltiplos fatores, ainda existe uma enorme dificuldade na sua compreensibilidade, dificuldade esta que se intensifica perante a escassez de estudos empíricos que os focalizem.

Por estas razões e pela gravidade e frequência que estes comportamentos têm assumido nos dias de hoje na população em geral, mas, principalmente, na população clínica, o presente estudo visa contribuir para um maior conhecimento sobre o autodano, ideação suicida e sua coexistência e inter-relação com as doenças mentais, sabendo-se, de antemão, que só assim se podem encontrar formas de identificar aqueles que se encontram em maior risco, de modo a educá-los e a fornecer-lhes estratégias adaptativas para lidar com o sofrimento psíquico a que estão sujeitos, e viabilizando-se, assim, a prevenção daqueles comportamentos.

Neste capítulo, serão expostos os objetivos e a metodologia adotada, designadamente, o *design* metodológico do estudo, os procedimentos de recolha de dados e estatísticos, os instrumentos de diagnóstico e de medida utilizados, e proceder-se-á, também, à caracterização da amostra em estudo. Por fim, serão apresentados os resultados alcançados e, subsequentemente, a sua discussão.

1. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo identificar a presença dos comportamentos autodestrutivos – comportamento de autodano e ideação suicida – em indivíduos adolescentes com patologias psiquiátricas, das ilhas de São Miguel e Santa Maria (Grupo Oriental do Arquipélago dos Açores). Existe também o propósito de caracterizar os indivíduos com estes comportamentos, e identificar as patologias, e outras variáveis não-clínicas, que estejam mais associadas ao autodano e à ideação suicida.

Atendendo à abrangência do objetivo geral supramencionado, apresentam-se os seguintes objetivos específicos, os quais visam responder a aspetos, também eles mais específicos, da investigação:

1. Caracterizar o comportamento de autodano na amostra em estudo relativamente às variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas.

2. Caracterizar a ideação suicida na amostra em estudo relativamente às variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas.

3. Relacionar o comportamento de autodano e a ideação suicida com outras variáveis referidas na literatura, nomeadamente, bem-estar mental, satisfação com a vida, autocrítico, raiva, stress, ansiedade, depressão, vergonha externa, estilos parentais, impulsividade, memórias de calor e afeto na infância, competências emocionais e perfeccionismo.

4. Avaliar o poder preditivo de determinadas variáveis referidas na literatura como fatores preditores do comportamento de autodano, nomeadamente, ideação suicida, stress, ansiedade, depressão, raiva, autocrítico, impulsividade e estilos parentais.

5. Avaliar o poder preditivo de determinadas variáveis referidas na literatura como fatores preditores da ideação suicida, nomeadamente, bem-estar mental, satisfação com a vida, autocrítico, stress, ansiedade, depressão, vergonha externa, estilos parentais, memórias de calor e afeto na infância e competências emocionais.

6. Comparar a vulnerabilidade da população clínica, para a adoção deste tipo de comportamentos autodestrutivos, com a vulnerabilidade da população da pertencente à população em geral.

2. Metodologia

2.1. Design metodológico

No presente estudo optou-se pela adoção de uma abordagem quantitativa do tipo descritivo-correlacional que tem como objetivos descrever um determinado fenómeno e analisar possíveis relações entre variáveis, através da medição numérica e análise estatística (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Assim sendo, na investigação levada a cabo, esta abordagem permite descrever o comportamento de autodano e a ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica, especificando-se as principais características e propriedades destes fenómenos nesta população (Sampieri, Collado & Lucio, 2006; Almeida & Freire, 2008). Para além disso, permite também analisar e avaliar a relação entre as diversas variáveis em estudo, através dos coeficientes de correlação, ou seja, através da análise da direção assumida na correlação, que pode ser positiva ou negativa, e da medição da sua intensidade (Sampieri, Collado & Lucio, 2006; Almeida & Freire, 2008). Neste sentido, é identificada e medida a existência ou inexistência de relação entre o autodano e a ideação suicida, com outras variáveis, nomeadamente: bem-estar mental; satisfação com a vida; autocrítico; raiva; *stress*; ansiedade; depressão; vergonha externa; estilos parentais; impulsividade; memórias de calor e afeto na infância; competências emocionais e perfeccionismo. Resta acrescentar, que neste âmbito também se procurou obter

equações de predição do autodano e da ideação suicida a partir das variáveis que se encontravam correlacionadas com estes comportamentos (Almeida & Freire, 2008).

2.2. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada através de diversos procedimentos, os quais respeitaram todos os princípios éticos e deontológicos inerentes ao processo de investigação científica.

Num primeiro momento, contactaram-se as instituições envolvidas no processo de recolha de dados, com o objetivo de se formalizar o pedido de autorização, tendo sido expostos os objetivos, os procedimentos implicados, a relevância do estudo e o protocolo de investigação com os instrumentos que seriam aplicados. Toda a documentação requerida para este efeito foi sujeita a análise e aprovação dos Conselhos de Ética das respetivas instituições. É importante salientar que só se procedeu à recolha dos dados após a concessão do consentimento por parte das mesmas (Anexo 1).

Após este primeiro contacto, foi também realizada uma reunião com o pedopsiquiatra e com a psicóloga clínica do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES) de Ponta Delgada, na qual foram expostos, uma vez mais, os objetivos, os procedimentos e o protocolo da investigação. Nesta reunião, relatou-se a necessidade de exclusão dos pacientes com deficiência mental moderada, grave e profunda e, ainda, daqueles que apresentassem sintomatologia psicótica.

A recolha foi então efetuada com a colaboração e parceria do Serviço de Psiquiatria e de Pedopsiquiatria do HDES e da Unidade de Saúde de Vila do Porto, sendo de realçar a excelente receptividade por parte do pedopsiquiatra, psiquiatras e psicólogas destas instituições.

Todos os participantes, após a consulta no HDES, foram apresentados pelo médico que os assistia à investigadora, sendo convidados a participar no respetivo estudo. Num momento posterior, aqueles que manifestaram interesse foram encaminhados para um gabinete do HDES, no qual foram informados acerca dos objetivos da investigação e da sua importância, solicitando-se a sua colaboração voluntária. Para além disso, foi-lhes assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados que seriam recolhidos. Após esta explicitação verbal sobre a investigação, e no caso de concordarem participar, foi-lhes solicitada, também, a assinatura do documento “Declaração de Consentimento Informado” (Anexo 2 e 3), no qual constavam os objetivos do estudo e toda a restante informação verbalmente comunicada. Neste mesmo documento, os participantes também autorizaram os autores do estudo a terem acesso ao seu diagnóstico psiquiátrico. De seguida, foi-lhes entregue o protocolo com os diversos questionários de autorresposta, tendo-lhes sido fornecidas todas as instruções necessárias ao seu preenchimento, o qual poderia ser realizado pela investigadora, seguindo um formato de

entrevista, procedimento que, usualmente, demorava cerca de 1 hora e meia, ou pelo próprio indivíduo em sede deste gabinete. Os participantes poderiam levar o protocolo para preencherem num outro momento, sendo que neste último caso, para além dos documentos suprarreferidos, lhes era dado um envelope com morada e selo, na eventualidade de preferirem enviá-lo por correio. Estes documentos foram acompanhados de um boletim, no qual constava o contacto telefónico para esclarecimento de eventuais dúvidas e a data agendada para a entrega do mesmo. Em alguns casos, e após passarem alguns dias da data prevista de entrega, os participantes que ainda não haviam entregado o protocolo foram contactados pela investigadora, agendando-se nova data para a entrega.

É importante salientar que este foi um processo moroso, de tal forma que inicialmente tinha sido estabelecido que o período para concretização da recolha decorreria de julho de 2015 a outubro do mesmo ano, contudo, e devido a especificidades inerentes à constituição da amostra, houve necessidade do prazo ser prorrogado até ao mês de dezembro de 2015.

2.3. Procedimentos estatísticos

Os dados foram analisados estatisticamente com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0, tendo-se utilizado na descrição da amostra a estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão, frequências e percentagens).

No que se refere ao estudo comparativo entre as variáveis dependentes (autodano e ideação suicida) e as independentes (sociodemográficas, académicas e clínicas), foram utilizados o teste *t-Student*, tabelas de contingência e *ANOVA*. As correlações entre as variáveis foram obtidas através do coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo como pressuposto a assunção da normalidade da amostra segundo o Teorema do Limite Central, ou seja, quando a sua composição é superior a 30 elementos (Marôco; 2014; Almeida & Freire, 2008). No entanto, se o princípio da normalidade for violado os modelos paramétricos são mesmo assim considerados robustos, desde que os valores da assimetria (*sk*) sejam inferiores a 3 e os valores de achatamento (*ku*) inferiores a 8-10, tendo-se utilizado este método no presente estudo sempre que necessário (Kline, 1998, *cit. in* Marôco, 2014). Por sua vez, aquando da violação do princípio da homogeneidade das variâncias, os testes paramétricos foram utilizados com correção de *Welch (Fw de Welch)*, pois são considerados métodos inferenciais mais potentes do que alguns testes não paramétricos (Marôco, 2014).

Relativamente ao estudo dos preditores, recorreu-se a um modelo que possibilitasse prever a intensidade do comportamento do autodano em função das variáveis independentes (ideação suicida, autocrítica, raiva, stress, ansiedade, depressão, estilos parentais e impulsividade). Assim sendo, utilizou-se a regressão linear múltipla, com seleção de variáveis

Stepwise e analisaram-se também os pressupostos do modelo – distribuição normal e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente, já o pressuposto da independência foi validado a partir da estatística de Durbin-Watson. Em todas as análises efetuadas foi considerada uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05 (Marôco, 2014). Esta análise foi também realizada para a ideação suicida em função das variáveis independentes (bem-estar mental, satisfação com a vida, stress, ansiedade, depressão, autocrítico, estilos parentais, vergonha externa, competências emocionais e memórias de calor e afeto na infância).

2.4. Instrumentos de diagnóstico e de medida

2.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, académica e clínica

O questionário de caracterização sociodemográfica, académica e clínica foi criado com o objetivo de recolher informação significativa para a caracterização sociodemográfica dos participantes. Desta forma, foi possível aceder à idade, sexo, naturalidade, habilitações literárias, número de reprovações, situação de emprego, estatuto socioeconómico e patologias psiquiátricas dos respetivos participantes. Salienta-se também, que foram recolhidos outros dados relacionados com a caracterização da amostra em estudo, contudo os mesmos não estão enunciados neste estudo uma vez que não possuíam relevância para os objetivos pretendidos ou pelo facto de terem sido úteis apenas indiretamente, no sentido de se colmatarem eventuais lacunas relativamente às informações obtidas sobre as variáveis anteriores.

2.4.2. Questionário de Impulso, Autodano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A; Barreto Carvalho, da Motta, Caldeira, Castilho, Nunes, & Pinto-Gouveia, 2015)

Este questionário foi construído com o objetivo de identificar variáveis como o grau de impulsividade, a presença de comportamentos de autodano e as suas funções, assim como a presença de ideação suicida em adolescentes. Este questionário foi sujeito a algumas reestruturações durante o seu processo de validação, as quais já foram consideradas no presente estudo (Barreto Carvalho, Nunes, Castilho, da Motta, Caldeira & Pinto-Gouveia, 2015).

Trata-se de um questionário de autorresposta constituído por 4 módulos que avaliam as seguintes variáveis: A-*Impulso* (8 itens); B-*Autodano propriamente dito* (8 itens) e *Autodano associado a comportamentos de risco* (6 itens); C- *Funções do Autodano* (31 itens) e D-*Ideação Suicida* (3 itens). A resposta aos itens é realizada numa escala de *Likert* de 0 a 3 pontos, em que 0 corresponde a “Nunca acontece comigo” e 3 corresponde a “Acontece-me sempre”, sendo que quanto mais elevada for a cotação obtida em cada subescala (módulo) maior será a presença da variável em estudo (e.g. impulsividade, autodano, funções e ideação suicida) (Barreto Carvalho *et al.*, 2015).

2.4.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

A *DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales)* foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), sendo intitulada de EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, constituída por 21 itens que avaliam as seguintes dimensões: *Ansiedade, Depressão e Stress* (cada uma composta por 7 itens). As respostas são obtidas através de uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos em que 0 corresponde a “Não se aplicou a mim” e 3 que corresponde a “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada subescala, mais predominantes seriam os estados afetivos negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

2.4.4. Escala de Bem-estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS; Ruth, Hiller, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker & Stewart-Brown, 2007)

A Escala de Bem-estar Mental de *Warwick-Edinburgh (The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale – WEMWBS)* foi desenvolvida para avaliar a saúde mental positiva (bem-estar mental). É uma escala constituída por 14 itens, cujas respostas são obtidas numa escala de *Likert*, em que 1 significa “Nenhuma das vezes” e 5 “Sempre”. Esta escala abrange a maioria dos aspetos da saúde mental positiva (pensamentos e sentimentos positivos). Quanto mais alta for a pontuação obtida através da soma de todos os itens, melhor será o nível de saúde mental dos indivíduos (Stewart-Brown, Tennant, Tennant, Platt, Parkinson & Weich, 2009).

2.4.5. Escala de Satisfação com a vida (ESV; Desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)

A Escala de Satisfação com a Vida (ESV) (*Satisfaction With Life Scale – SWLS*) é um instrumento de aplicação rápida, constituído por apenas 5 itens tipificados numa escala de *Likert* de 1 (“Discordo muito”) a 5 (“Concordo muito”). Quanto mais elevada a pontuação obtida nesta escala mais elevados serão os níveis de satisfação com a vida.

2.4.6. Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante (FSCR; Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação de Castilho & Pinto-Gouveia, 2005)

A Escala de Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto-Tranquilizante (*Forms of Self-criticizing/ Attacking and Self-Reassuring Scale – FSCR*), traduzida e validada para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia (2005), é constituída por 22 itens, cujas respostas são dadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a “Nada como eu” e 4 corresponde a “Exatamente como eu”. O objetivo desta escala consiste em avaliar a forma como as pessoas se criticam, se atacam e se autotranquilizam. Este instrumento é constituído por três subescalas: *Eu inadequado* (avalia a sensação de inadequação do eu perante as suas falhas,

fracassos e obstáculos); *Eu Tranquilizador* (avalia a capacidade de autocompaixão e de se autoreconfortar); e o *Eu Detestado* (avalia o sentimento de ódio, repugnância e desejo de se magoar). A obtenção de valores elevados nas subescalas *Eu inadequado* e *Eu detestado* significam elevados níveis de autocrítica/ataque e valores elevados na subescala *Eu tranquilizador* indicam valores aceitáveis relativamente à capacidade que os indivíduos possuem de se autotranquilizarem.

2.4.7. Questionário da Agressividade (AQ; Buss & Perry, 1992; tradução e adaptação de Barreto Carvalho & Pereira, 2012)

O Questionário da Agressividade (*Aggression Questionnaire* – AQ) foi traduzido e validado para a população portuguesa por Barreto Carvalho e Pereira (2012) e é constituído por 29 itens subdivididos em 4 subescalas, as quais avaliam as dimensões: *Agressão Física* (9 itens), *Agressão Verbal* (5 itens), *Raiva* (7 itens) e *Hostilidade* (8 itens). As respostas são dadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 significa “Não tem nada a ver comigo” e 5 significa “Tem muito a ver comigo”. Quanto maior for a pontuação da escala ou subescalas maior é o grau de hostilidade/agressão dos indivíduos.

2.4.8. Escala de Memórias de Calor e Afeto na Infância – Versão para Adolescentes (MCAI; Barreto Carvalho, C., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, 2012)

Esta escala tem como objetivo avaliar as memórias de calor e afeto na infância. É um instrumento de autorresposta composto por 21 itens, os quais são respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 0 significa “Nunca” e 4 significa “A maior parte das vezes”. Nesta escala quanto mais elevada for a pontuação obtida maior será a presença de memórias de calor e afeto relativas à infância.

2.4.9. Escala de Vergonha Externa – Versão breve para Adolescentes (OASB-A; Goss, Gilbert & Allan, 1994; tradução e adaptação de Pinto-Gouveia, Cunha, Matos & Gilbert, 2013)

A Escala de Vergonha Externa - versão breve para *adolescentes* (*Other as Shamer Scale* - OASB-A) foi traduzida e adaptada para a população adolescente portuguesa por Pinto-Gouveia, Cunha, Matos e Gilbert (2013), com o objetivo de avaliar a perceção que os indivíduos têm em relação à forma como os outros os veem. É um instrumento composto por 8 itens avaliados numa escala de tipo *Likert*, variando entre 0 e 4 pontos, em que 0 significa “Nunca” e 4 significa “Sempre”. A obtenção de pontuações mais elevadas indicam índices mais elevados de vergonha externa.

2.4.10. Questionário de Competência Emocional (QCE; Vladimir & Tacsic, 2000; tradução e adaptação de Faria & Lima Santos, 2001)

O Questionário de Competência Emocional (QCE) foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Faria e Lima Santos (2001). É constituído por 45 itens subdivididos em 3 subescalas: *Percepção Emocional* (15 itens); *Expressão Emocional* (14 itens) e *Capacidade para Lidar com a Emoção* (16 itens). As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 6 pontos entre “Nunca” e “Sempre”.

2.4.11. Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (CECA-Q; Bifulco et al., 2005; Adaptação para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C. & Pereira, V., 2012)

O Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (*Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire* – CECA-Q) foi criado com o objetivo de recolher informações relacionadas com as figuras parentais. É constituído por uma escala de Cuidado Parental composta por 17 itens subdivididos em duas dimensões: *Antipatia* (9 itens) e *Negligência* (8 itens). Cada uma das dimensões é avaliada em duas escalas, uma relativa à figura maternal e outra à figura parental. As respostas são obtidas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 significa “Não de modo nenhum” e 5 “Sim totalmente”. Quanto mais elevada a pontuação nas dimensões destas escalas maiores serão os índices de antipatia e negligência por parte das figuras parentais.

Este questionário compreende também uma pergunta relativa ao abuso físico, à qual o indivíduo terá de responder “Sim” ou “Não”. Se responder “Sim” terá de responder, novamente de forma dicotómica, a 5 novas questões em relação à figura maternal e parental.

Para além desta questão, o questionário inclui ainda uma secção relativa ao abuso sexual avaliada em três questões, cujas respostas podem ser “Sim”, “Não” ou “Não tenho a certeza”.

2.5. Caracterização da amostra

2.5.1. Critérios de inclusão e de exclusão

A amostra foi selecionada de acordo com os objetivos do estudo, definindo-se critérios de inclusão e exclusão para pautar esta seleção. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: idades compreendidas entre os 14 e os 35 anos; existência de diagnóstico de patologia psiquiátrica; acompanhamento clínico por parte de um psiquiatra, pedopsiquiatra ou/psicólogo clínico.

A partir destes critérios procurou-se constituir uma amostra que representasse a população clínica de adolescentes e jovens adultos. Posto isto, os indivíduos que não

preenchiam os critérios de inclusão supramencionados não foram incluídos na amostra. Foram também excluídos os indivíduos com diagnóstico de perturbação psicótica ou de deficiência mental moderada, grave ou profunda, de forma a garantir que todos os participantes tinham capacidade cognitiva que lhes permitisse, de forma livre e consciente, decidir se queriam participar ou não no estudo, assim como capacidade para entender as questões que lhes seriam colocadas. Acresce a estas razões o facto de certos comportamentos autolesivos não fazerem parte do autodano, uma vez que na presença de delírios, alucinações ou deficiências mentais mais severas, são considerados atos desprovidos de qualquer simbolismo e função (Crowe & Bunclrak, 2000, *cit. in* Mangnall & Yurkovich, 2008; Favazza, 1998, *cit. in* Mangnall & Yurkovich, 2008).

2.5.2. Caracterização sociodemográfica, académica e clínica

A amostra final do estudo é constituída por 52 participantes (N=52) que à data da recolha de dados eram acompanhados clinicamente no HDES ou na Unidade de Saúde de Vila do Porto, por um psiquiatra, pedopsiquiatra e /ou psicólogo, tendo-lhes sido diagnosticado algum problema psiquiátrico. A amostra é composta por 21 (40,4%) participantes do sexo masculino e 31 (59,6%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 29 anos de idade (M=17,60; DP=4,016).

Relativamente à sua naturalidade 47 (90,4%) são naturais da ilha de São Miguel, 3 (5,8%) são da ilha de Santa Maria, 1 (1,9) da ilha da Terceira e 1 (1,9%) do distrito de Setúbal. No momento da recolha de dados, a maioria dos participantes residia na ilha de São Miguel, cerca de 88,5% (N=46) e os restantes, cerca de 11,5% (N=6), residiam na ilha de Santa Maria.

No que se refere às habilitações literárias da amostra estudada, o nível de escolaridade que se destaca é o do 3.º ciclo do ensino básico (57,7%; N=30), seguido do 1.º e 2.º ciclo (26,9%; N=14) e, por fim, com menor percentagem, o ensino secundário (15,4%; N=8).

Quadro 1 – Habilitações literárias dos participantes

Nível de escolaridade	N	%
1.º Ciclo e 2.º Ciclo	14	26,9
3.º Ciclo	30	57,7
Ensino Secundário	8	15,4
Total	52	100

Ainda a nível académico, constatou-se que a maioria dos participantes (75%; N=39) já haviam reprovado em algum ano escolar e apenas 25% (N=13) nunca reprovaram.

Quadro 2 – Reprovações académicas

Reprovações	N	%
Nunca reprovaram	13	25
Reprovaram pelo menos 1 vez	39	75
Total	52	100

Convém salientar que a maioria dos inquiridos são estudantes (78,8%; N=41), algo que se justifica pelo facto de muitos serem ainda menores de idade. Por sua vez, daqueles que já não se encontram a estudar (21,2%; N=11), somente um dos indivíduos é que possui um trabalho remunerado, sendo que os restantes ou estão desempregados ou, por qualquer outra razão, não estão disponíveis para ter um emprego.

Em relação ao nível socioeconómico, definido de acordo com os critérios de Almeida (1989) (Anexo 4), verificou-se que a amostra é maioritariamente representada por indivíduos com um nível socioeconómico baixo (67,3%; N=35), seguido do nível socioeconómico médio (28,8%; N=15) e, por fim, o socioeconómico elevado (3,8%; N=2).

Finalmente, no que se refere aos problemas ou patologias do foro psiquiátrico, foi possível apurar que 30,8% (N=16) dos participantes tinham sido diagnosticados, de acordo com o DSM-IV (2006), com Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção, cerca de 23,1% (N=12) com Perturbações de Humor, 17,3% (N=9) com Perturbações da Adaptação, 13,5% (N=7) com Perturbações da Ansiedade, 9,6% (N=5) Perturbação do Comportamento Alimentar, 3,8% (N=2) com Deficiência Mental Ligeira e 1,9% (N=1) com Traços de Personalidade *Borderline*.

Quadro 3 – Caracterização da amostra em função das patologias psiquiátricas

Problemas ou patologias psiquiátricas	N	%
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção	16	30,8
Perturbações de Humor	12	23,1
Perturbações da Adaptação	9	17,3
Perturbações da Ansiedade	7	13,5
Perturbações do Comportamento Alimentar	5	9,6
Traços de Personalidade <i>Borderline</i>	1	1,9

Deficiência Mental Ligeira	2	3,8
Total	52	100

3. Análise dos resultados

De seguida serão apresentados os resultados estatísticos, tendo em consideração os objetivos deste estudo. Assim sendo, será caracterizado o autodano e a ideação suicida, na amostra de indivíduos com patologias psiquiátricas, em função das diversas variáveis referidas anteriormente, avaliando-se o valor preditivo das variáveis mencionadas na literatura como fatores preditores do comportamento de autodano e da ideação suicida.

3.1. Caracterização do autodano numa amostra de indivíduos com patologias psiquiátricas

3.1.1. Frequência e intensidade do autodano

Primeiramente, serão expostos os resultados relativos à existência ou inexistência do autodano e da ideação suicida na amostra em estudo. Relativamente ao autodano, são avaliados os itens que se referem ao autodano propriamente dito (itens 1 a 8 do módulo B da QIAIS-A), os relativos ao autodano associado aos comportamentos de risco (itens 9 a 14 do módulo B da QIAIS) e, ainda, os do autodano total, que engloba, quer o autodano propriamente dito, quer o associado aos comportamentos de risco. No nosso estudo, sempre que possível, analisaremos separadamente as três categorias referidas anteriormente, para que exista uma leitura dos dados o mais detalhada possível. Contudo, é importante ressaltar que a conceção de autodano adotada no presente estudo é a relativa ao autodano propriamente dito, porque este tem como objetivo primordial causar prejuízos e/ou infligir dor de forma direta e deliberada. Já os comportamentos de risco causam prejuízos de forma indireta, podendo ser um fator potenciador do autodano.

No Quadro 4 apresenta-se a frequência da ocorrência do autodano total, do autodano propriamente dito e do autodano associado aos comportamentos de risco. A partir da sua leitura, verifica-se que de todos os participantes da amostra total (N=52), 59,6% (N=31) nunca cometeram autodano, enquanto 40,3% (N=21) já tiveram ou tinham aquele comportamento. Relativamente ao autodano propriamente dito, 69,2% (N=36) nunca tiveram este comportamento, enquanto 30,8% (N=16) já o adotaram. No que concerne ao autodano associado aos comportamentos de risco, 75% dos participantes (N=39) referem nunca o ter adotado e 25% (N=13) já o fizeram.

Quadro 4 - Frequência do comportamento de autodano

	Autodano total		Autodano propriamente dito		Comportamentos de risco	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	31	59,6	36	69,2	39	75
Já teve o comportamento	21	40,3	16	30,8	13	25
Total	52	100	52	100	52	100

Outro aspecto analisado foi o do nível ou intensidade do autodano propriamente dito nos indivíduos que apresentaram este comportamento. Para tal, utilizou-se a amostra relativa apenas aos indivíduos que o praticaram (N=16). A intensidade do autodano propriamente dito pode então variar de 0 a 24 pontos. Quanto mais elevada for a pontuação maior a intensidade deste comportamento. É importante salientar que a intensidade pode estar relacionada com a ocorrência de mais do que um tipo de autodano incluído naquela categoria (e.g. item 2 e 3 o indivíduo pontua com 1 valor), ou então, pode dizer respeito a uma maior frequência de apenas um tipo de autodano (e.g. item 2 o indivíduo pontua com 3 valores), que é o mesmo que dizer que utiliza, neste último caso, apenas um método, contudo aquele comportamento ocorre mais frequentemente.

O Quadro 5 evidencia que a maioria dos indivíduos, isto é, cerca de 25% (N=13) daqueles que apresentam autodano propriamente dito, o pontuaram de 1 a 6 valores, concluindo-se que existe uma intensidade fraca relativamente a este comportamento. Já cerca de 5,8% (N=3) dos indivíduos obteve uma pontuação entre 7 e 12 valores. Os restantes níveis (13 a 18 valores e 19 a 24 valores) não foram considerados, pois nenhum indivíduo obteve uma cotação compreendida entre aqueles valores.

Quadro 5 - Intensidade do autodano propriamente dito

Autodano propriamente dito	N	%
1 a 6 valores	13	25
7 a 12 valores	3	5,8
13 a 18 valores	0	0
19 a 24 valores	0	0
Total	16	30,8

3.1.2. Funções do autodano no grupo de indivíduos com este comportamento

No que se refere às funções do autodano, optou-se por subdividi-las de acordo com o modelo das quatro funções de Nock e Prinstein (2004), no qual se propugna a existência de quatro funções incluídas em duas categorias dicotomizadas, a categoria do reforço automático (positivo *versus* negativo), cujas duas funções servem para regular o “mundo” interno do indivíduo, e a categoria do reforço social (positivo *versus* negativo), também constituída por duas funções, sendo estas utilizadas para modificar ou regular o ambiente social.

Os Quadros 6 e 7 apresentam os itens da QIAIS-A relativos às funções do autodano, de acordo com o modelo anteriormente referido, bem como a frequência da escolha de cada item. Estas funções são analisadas relativamente ao grupo de participantes com autodano propriamente dito. A partir da sua análise, conclui-se que o item 13 (“Magoar-me para aliviar as emoções negativas que sinto”), incluído nas funções de reforço automático, foi escolhido com mais frequência (87,5%;N=14) pelos indivíduos. Por sua vez, o item menos escolhido diz respeito às funções de reforço social, o item 16 (“Magoar-me para chamar a atenção dos outros”) (6,3%;N=1).

Quadro 6 - Itens da QIAIS-A relativos às funções de reforço automático

Reforço Automático	Autodano propriamente dito (N=16)	
	N	%
1. Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.	13	81,3
2.Magoar-me para não me sentir aborrecido ou entediado.	6	37,5
3.Magoar-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.	7	43,6
4.Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado	11	68,8
5.Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).	13	81,3
6.Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.	11	68,8
7.Magoar-me para me sentir menos inferior.	4	25
8.Quando me magoo procuro castigar-me.	8	50
9.Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.	8	50
10.Magoar-me para me lembrar que sou mau, que não presto.	7	43,6
11.Magoar-me ajuda-me a autocontrolar.	10	62,5
12.Magoar-me ajuda-me a acalmar.	12	75
13.Magoar-me para aliviar as emoções negativas que sinto.	14	87,5

14.Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex. excitação, alegria).	4	25
15.Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.	6	37,5
19.Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.	5	31,3
20.Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.	9	56,3
21.Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	9	56,3
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.	9	56,3
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.	7	43,6
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.	6	37,5
29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.	4	25
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.	8	50
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer.	3	18,8

Quadro 7 – Itens da QIAIS-A Funções de reforço social

Reforço Social	Autodano propriamente dito (N=16)	
	N	%
16.Magoo-me para chamar a atenção dos outros.	1	6,3
17.Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.	4	25
18.Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.	4	25
22.Magoo-me para me vingar dos outros.	5	31,3
23.Magoo-me para não magoar os outros.	12	75
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.	3	18,8
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.	5	31,3

O Quadro 8 evidencia as correlações existentes entre as funções supramencionadas e o autodano total, autodano propriamente dito e o associado a comportamentos de risco. Como se constata, as funções de reforço automático e de reforço social assumem valores mais elevados quando correlacionadas com o autodano do que quando o são com os

comportamentos de risco. Assim sendo, percebe-se que existe uma relação forte entre as funções de reforço automático (0,802) e de reforço social (0,795) com o autodano propriamente dito, o mesmo sucede para o autodano total (reforço automático – 0,840; reforço social – 0,777). Quanto aos comportamentos de risco, verifica-se a existência de uma relação moderada com ambas as categorias funcionais (reforço automático=0,648; reforço social=0,450)

Quadro 8 – Correlações das funções de reforço automático e reforço social com o autodano propriamente dito e com os comportamentos de risco

	Autodano total	Autodano propriamente dito	Comportamentos de risco
Funções de reforço automático	0,840**	0,802**	0,648**
Funções de reforço social	0,777**	0,795** P	0,450**

**p <0,01

3.1.3. Caracterização do autodano em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise do comportamento de autodano em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas. Para isso, recorreu-se à análise de comparações entre estas variáveis, através da utilização do teste *t* e *ANOVA*, procurando-se perceber se existem diferenças (de médias) estatisticamente significativas relativamente àquele comportamento em função das variáveis supracitadas.

É importante referir que foram realizadas análises, sempre que possível, para todas as variáveis relativamente ao autodano total, ao autodano propriamente dito, aos comportamentos de risco e às funções do autodano. Contudo, devido à dimensão reduzida da amostra, bem como à fraca representatividade dos comportamentos de risco com ausência do autodano propriamente dito, para as variáveis nível socioeconómico e perturbações mentais a análise foi realizada tendo em consideração apenas o autodano total e o propriamente dito.

3.1.3.1. Género

Da amostra em estudo, 40,3% (N=52) dos indivíduos cometem autodano, sendo que 38% (N=8) são do sexo masculino e 62% (N=13) do sexo feminino. Se tivermos em consideração apenas o autodano propriamente dito (N=16) e os comportamentos de risco (N=13) a maior ocorrência daquele comportamento também pertence ao sexo feminino. Em ambos os casos, cerca de 69% das mulheres apresentam comportamento de autodano.

Ainda relativamente a esta variável (Quadro 9), é possível verificar que, apesar de serem as mulheres a praticar mais autodano, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a média do autodano (propriamente dito, associado aos comportamentos de risco e total) e suas funções nos dois grupos que constituem a amostra em estudo (sexo masculino e sexo feminino) ($p > 0,05$).

Quadro 9 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções relativamente ao género (N=52)

Fator	Masculino		Feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
Autodano propriamente dito	0,90	1,758	1,55	2,908	-0,907	0,369
Comportamentos de risco	0,24	0,539	0,55	1,060	-1,387	0,172
Autodano total	1,14	1,982	2,1	3,627	-1,097	0,278
Reforço automático	3,57	5,988	7,71	11,202	-1,725	0,091
Reforço social	0,57	1,326	1,45	2,580	-1,611	0,114

3.1.3.2. Idade

No grupo dos participantes com autodano (N=21) as idades variam entre os 14 e os 29 anos. Se considerarmos o autodano total, é no grupo etário dos 14 aos 16 anos que se verifica maior ocorrência daquele comportamento (57%;N=12), seguindo-se o grupo dos 21 aos 29 anos (24%;N=5) e, por fim, o dos 17 aos 20 anos (19%;N=4). No autodano propriamente dito (N=16) sucede-se algo semelhante, com a percentagem de 69% (N=11) para o grupo dos 14 aos 16 anos, 25% (N=4) dos 21 aos 29 anos e 6% (N=1) no grupo dos 17 aos 20 anos. Relativamente aos comportamentos de risco (N=13), a predominância verifica-se no grupo dos 21 aos 29 anos (38%;N=5), seguindo-se os restantes grupos etários, ambos com 31% (N=4).

A partir da leitura do Quadro 10, percebe-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias do comportamento de autodano e suas funções em relação à variável idade, subdividida em 3 grupos etários.

Quadro 10 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação à idade

Idade	14-16 anos		17-20 anos		21-29 anos		Fw	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Fator								

Autodano propriamente dito	1,41	2,442	0,83	2,887	1,45	2,423	0,202	0,818
Comportamentos de risco	0,24	0,689	0,50	0,905	0,82	1,250	1,242	0,312
Autodano total	1,66	2,649	1,33	3,701	2,27	3,636	0,193	0,826
Reforço automático	6,21	8,699	5,25	11,323	6,45	10,755	0,41	0,960
Reforço social	1,24	2,182	0,92	2,857	0,91	1,375	0,176	0,839

3.1.3.3. Habilitações literárias

A maioria dos participantes que cometem autodano (quer seja o total, o propriamente dito ou os comportamentos de risco) possuem o 3.º ciclo de escolaridade (total=47,6%;propriamente dito=50% e comportamentos de risco=46%).

A partir da leitura do Quadro 11, verifica-se, uma vez mais, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas nas médias do autodano e suas funções em relação às habilitações académicas dos indivíduos, variável que também foi subdividida em 3 grupos.

Quadro 11 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação às habilitações literárias

	M	DP	Fw	p
Autodano propriamente dito				
1.º e 2.º Ciclo	1,57	2,102		
3.º Ciclo	1,20	2,747	0,148	0,863
Ensino Secundário	1,13	2,475		
Comportamentos de risco				
1.º e 2.º Ciclo	0,29	0,611		
3.º Ciclo	0,37	0,850	0,654	0,533
Ensino Secundário	0,88	1,356		
Autodano total				
1.º e 2.º Ciclo	1,86	2,476		
3.º Ciclo	1,57	3,234	0,74	0,929
Ensino Secundário	2,00	3,780		
Reforço Automático				

1.º e 2.º Ciclo	7,36	9,524		
3.º Ciclo	6,10	10,015	0,456	0,641
Ensino Secundário	3,50	8,718		
Reforço Social				
1.º e 2.º Ciclo	1,14	1,610		
3.º Ciclo	1,23	2,622	0,938	0,404
Ensino Secundário	0,50	1,069		

3.1.3.4. Reprovações académicas

Relativamente à existência ou inexistência de reprovações (Quadro 12), constata-se que a maioria dos participantes que apresentam autodano total (81%), autodano propriamente dito (88%) e comportamentos de risco (85%) já reprovou em algum ano escolar.

Já quanto às médias destes comportamentos em função da ocorrência, ou falta desta, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. Quanto às funções do autodano, apenas existem diferenças, estas sim estatisticamente significativas, nas funções de reforço automático, existindo uma média mais elevada no caso de existirem reprovações.

Quadro 12 – Comparação das médias do autodano propriamente dito, comportamentos de risco, autodano total e suas funções em relação à existência ou inexistência de reprovações escolares

Fator	Nunca reprovou		Já reprovou		t	p
	M	DP	M	DP		
Autodano propriamente dito	0,46	1,198	1,56	2,770	1,989	0,053
Comportamentos de risco	0,15	0,376	0,51	0,997	1,884	0,066
Autodano total	0,62	1,193	2,08	3,429	2,280	0,27
Reforço automático	2,23	5,776	7,31	10,316	2,206	0,034
Reforço social	0,62	2,219	1,26	2,185	0,913	0,366

3.1.3.5. Nível socioeconómico

No que se refere ao nível socioeconómico a maioria dos participantes que cometem autodano total possuem um nível socioeconómico baixo (71%), seguindo-se o médio (24%) e, por fim, com apenas 5%, o nível socioeconómico elevado. Relativamente ao autodano

propriamente dito, verifica-se que 69% detêm o nível socioeconómico baixo, 25% o médio e 6% o elevado. Apesar destas diferenças quando se analisam as médias deste comportamento e das suas funções nos diferentes níveis socioeconómicos, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 13).

Quadro 13 – Comparação das médias do autodano e das suas funções em relação aos 3 níveis socioeconómicos

	M	DP	Fw	p
Autodano total				
Nível socioeconómico baixo	1,77	3,163		
Nível socioeconómico médio	1,67	3,177	0,197	0,829
Nível socioeconómico elevado	1,00	1,414		
Autodano propriamente dito				
Nível socioeconómico baixo	1,26	2,381		
Nível socioeconómico médio	1,40	2,995	0,041	0,960
Nível socioeconómico elevado	1,00	1,414		
Reforço automático				
Nível socioeconómico baixo	6,77	10,415		
Nível socioeconómico médio	3,80	6,982	0,643	0,591
Nível socioeconómico elevado	10,00	14,142		
Reforço social				
Nível socioeconómico baixo	1,11	2,040		
Nível socioeconómico médio	0,67	1,915	0,447	0,681
Nível socioeconómico elevado	4,00	5,657		

3.1.3.6. Patologias psiquiátricas

Dos participantes que apresentam autodano total, 23,8% possuem Perturbações de Humor, 23,8% possuem Perturbações de Adaptação e outros 23,8% Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção, 9,5% têm Perturbações da Ansiedade e 19,1% são detentores de outros diagnósticos (Perturbação do Comportamento Alimentar e Deficiência Mental Ligeira). Relativamente aos indivíduos que apresentam autodano propriamente dito, 25% (N=4) possuem Perturbações de Humor, 25% (N=4) Perturbações da Adaptação, 12,5%

(N=2) Perturbações da Ansiedade, 11,5% (N=3) Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção e 11,5% (N=3) outros diagnósticos.

A partir da leitura do Quadro 14 constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas das médias do autodano e suas funções em relação aos diversos quadros psicopatológicos.

Quadro 14 – Comparação das médias do autodano e das suas funções em relação às patologias psiquiátricas

	N	DP	Fw	p
Autodano total				
Perturbações de Humor	2,17	3,563		
Perturbações da Adaptação	1,67	2,062		
Perturbações da Ansiedade	0,57	0,976		
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção	1,25	2,910	1,179	0,348
Outros Diagnósticos	3	4,629		
Autodano propriamente dito				
Perturbações de Humor	1,50	2,468		
Perturbações da Adaptação	1,33	1,803		
Perturbações da Ansiedade	0,57	0,976		
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção	1,13	2,941	0,611	0,659
Outros Diagnósticos	1,88	3,482		
Reforço Automático				
Perturbações de Humor	4,50	8,586		
Perturbações da Adaptação	9,56	9,863		
Perturbações da Ansiedade	6,57	11,356		
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção	3,44	6,542	0,835	0,520
Outros Diagnósticos	9,13	13,964		
Reforço Social				
Perturbações de Humor	0,58	1,165	0,407	0,802

Perturbações da Adaptação	0,89	1,269
Perturbações da Ansiedade	1,57	3,047
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Défice de Atenção	1,00	2,098
Outros Diagnósticos	1,88	3,482

3.2. Caracterização da ideação suicida numa amostra de indivíduos com patologias psiquiátricas

3.2.1. Frequência e intensidade da ideação suicida

De seguida, serão apresentados os resultados relativos à frequência e intensidade da ideação suicida na amostra em estudo (N=52). A partir da leitura do Quadro 15, verifica-se que a maioria dos participantes possui ideação suicida (78,8%; N= 41), enquanto apenas 21,2% (N=11) não apresenta esta categoria, incluída no designado comportamento suicida. Relativamente à intensidade da sua manifestação, constata-se que é mais frequente a ocorrência da ideação suicida de nível moderado (44,2%;N=23), seguida da de nível elevado (25%;N=13). Posteriormente, temos os valores que apontam a frequência da sua inexistência (21,2%;N=11). Por último, o nível muito elevado, que, ainda assim, assume uma percentagem de 9,6% (N=5) (Quadro16).

Quadro 15 – Frequência da ideação suicida

	Ideação suicida	
	N	%
Nunca	11	21,2
Já teve o comportamento	41	78,8
Total	52	100

Quadro 16 – Intensidade da ideação suicida

Ideação suicida	N	%
Inexistente	11	21,2
Moderada	23	44,2
Elevada	13	25
Muito elevada	5	9,6
Total	52	100

3.2.2. Caracterização da ideação suicida em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise da ideação suicida em função das variáveis sociodemográficas, académicas e clínicas. Para isso, recorreu-se, à semelhança do que se efetuara com o autodano, à análise de comparações entre estas variáveis, através da utilização do teste *t* e ANOVA, procurando-se perceber se existem diferenças (de médias) estatisticamente significativas relativamente à ideação suicida em relação às variáveis supramencionadas.

3.2.2.1. Género

Da amostra em estudo (N=52), 78,8% (N=41) dos indivíduos referiram ter ideação suicida, sendo que 40,4% (N=21) são do sexo masculino e 59,6% (N=31) do sexo feminino (Quadro 17). Ainda relativamente a esta variável, é possível verificar (Quadro 17) que, apesar de ser o grupo do sexo feminino a apresentar maior frequência de ideação suicida (68,3%;N=28) comparativamente ao do sexo masculino (31,7%;N=13), não existem diferenças estatisticamente significativas entre a média da ideação suicida em função desta variável sociodemográfica (género) composta por estes dois grupos ($p < 0,05$).

Quadro 17 – Comparação das médias da ideação suicida em função do género

Fator	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Ideação suicida	2,14	2,151	3,39	2,604	-1,810	0,076

3.2.2.2. Idade

No grupo dos participantes com ideação suicida (N=41), as idades variam entre os 14 e os 29 anos, sendo que a sua maior frequência ocorre no grupo etário dos 14 aos 16 anos (53,7%;N=22), seguido do grupo dos 17 aos 20 anos (26,8%;N=11) e, por fim, o grupo dos 21 aos 19 anos (19,5%). No entanto, a partir da leitura do Quadro 18, percebe-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de ideação suicida em relação à variável idade, subdividida naqueles 3 grupos etários.

Quadro 18 – Comparação das médias da ideação suicida em função da variável idade

Fator	14-16 anos		17-20 anos		21-29 anos		<i>Fw</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP		
Ideação suicida	2,55	2,369	2,50	1,243	4,18	3,430	1,173	0,328

3.2.2.3. Habilitações literárias

A maioria dos participantes, daqueles que possuem ideação suicida, têm o 3.º ciclo do ensino básico (61%;N=25), segue-se o 1.º e 2.º ciclo do ensino básico (22%;N=9) e, em última instância, com a menor representatividade, o ensino secundário (17%;N=7) (Quadro 19).

Relativamente à existência de potenciais diferenças estatisticamente significativas em relação às médias da ideação suicida nos diferentes grupos etários, conclui-se pela sua não ocorrência (Quadro 19).

Quadro 19 – Comparação das médias de ideação suicida em relação às habilitações literárias

Ideação suicida	M	DP	Fw	p
1.º e 2.º Ciclo	2,29	2,585		
3.º Ciclo	2,83	2,260	1,015	0,384
Ensino Secundário	4,13	2,997		

3.2.2.4. Reprovações académicas

Relativamente à existência ou inexistência de reprovações, constata-se que a maioria dos participantes com ideação suicida já reprovou em algum ano escolar (75,6%;N=31). No que concerne às médias da ideação suicida em função da ocorrência das reprovações, ou falta destas, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (Quadro 20).

Quadro 20 – Comparação das médias de ideação suicida em relação à existência ou inexistência de reprovações escolares

Idade	Nunca reprovou		Já reprovou		t	p
	M	DP	M	DP		
Ideação suicida	2,85	2,193	2,90	2,604	0,64	0,949

3.2.2.5. Nível socioeconómico

No que se refere ao nível socioeconómico, a maioria dos participantes com ideação suicida possui um nível socioeconómico baixo (70,7%;N=29), seguindo-se o nível médio (26,8%;N=11) e, por fim, com apenas 2,4% (N=1), o nível socioeconómico elevado. Atendendo à fraca representatividade do nível socioeconómico elevado optou-se por incluí-lo, através da recodificação, numa nova variável, composta por este e pelo nível socioeconómico médio. Desta forma, é possível analisar se existem diferenças das médias de ideação suicida em função desta

variável sociodemográfica. Após este procedimento, constatou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas das médias de ideação suicida em razão do nível socioeconómico dos participantes (Quadro 21).

Quadro 21 – Comparação das médias de ideação suicida em função do nível socioeconómico

	M	DP	t	p
Ideação suicida				
Nível socioeconómico baixo	3,09	2,582	0,834	0,408
Nível socioeconómico médio e elevado	2,47	2,294		

3.2.2.6. Patologias psiquiátricas

Dos participantes que apresentam ideação suicida, 26,8% (N=11) possuem Perturbações de Humor, 22% (N=9) Perturbações de Adaptação, 12,2% (N=5) Perturbações da Ansiedade, 24,4% (N=10) Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção e 14,6% (N=6) são detentores de outros diagnósticos (Perturbação do Comportamento Alimentar e Deficiência Mental Ligeira).

A partir da leitura do Quadro 22, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas das médias de ideação suicida entre o grupo com Perturbações de Humor e o grupo das Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção ($p=0,029 < 0,05$) e, ainda, entre o grupo das Perturbações de Adaptação e, uma vez mais, o das Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção ($p=0,033 < 0,05$).

Quadro 22 – Comparação das médias de ideação suicida em função das patologias psiquiátricas

	N	DP	Fw	p
Ideação suicida				
Perturbações de Humor	4,25	2,667	3,268	0,033
Perturbações da Adaptação	4,44	2,651		
Perturbações da Ansiedade	2,43	2,370		
Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção	1,63	1,821		
Outros Diagnósticos	2,00	1,690		

3.2.3. Ocorrência do autodano em função da ideação suicida

Durante o processo de análise dos dados, também se avaliou a possibilidade da ocorrência do comportamento de autodano estar associada à ideação suicida. O Quadro 23 mostra-nos que 90% (N=19) dos indivíduos com autodano total apresentam ideação suicida moderada (33%), elevada (33%) e muito elevada (24%).

Relativamente aos indivíduos que nunca adotaram o comportamento de autodano, verifica-se que cerca de 71% possuem ideação suicida. Relativamente ao autodano propriamente dito, constatou-se que 50% possuem ideação suicida de intensidade moderada e 22% elevada. Por sua vez, apenas 10% dos indivíduos com autodano total é que não têm ideação suicida, e relativamente ao autodano propriamente dito cerca de 6,25% é que não apresentaram ideação suicida.

É relevante assinalar que teve de se recodificar a variável intensidade da ideação suicida, reagrupando as duas últimas categorias (elevada e muito elevada). Desta forma, foi possível realizar o teste estatístico indicado para a sua análise, a partir do qual se percebeu que, em ambos os casos existe uma relação estatística significativa entre a variável ideação suicida e autodano (total e propriamente dito) ($p < 0,05$). Quanto à sua intensidade, concluiu-se, a partir da leitura do teste V Cramer, pela existência de uma associação moderada (Quadro 23).

Quadro 23 – Ocorrência do autodano em função da ideação suicida

Autodano total				
Ideação suicida	N	%	N	%
Inexistente	9	29	2	10
Moderada	16	52	7	33
Elevada	6	19	7	33
Muito elevada	0	0	5	24
Total	31	100	21	100

Qui-quadrado= 8,362; $p=0,015$
V Cramer = 0,401

Autodano propriamente dito				
Ideação suicida	N	%	N	%
Inexistente	10	28	1	6,25

Moderada	18	50	5	31,25
Elevada	8	22	5	31,25
Muito elevada	0	0	5	31,35
Total	36	100	16	100

Qui-quadrado= 8,499 $p=0,014$
V Cramer= 0,404

3.3. Análise do valor preditivo das variáveis mencionadas na literatura

3.3.1. Correlação entre o autodano e a ideação suicida e as variáveis mencionadas na literatura como preditoras destes comportamentos

Para a realização da análise de regressão linear múltipla, foi imprescindível primeiramente averiguar se existiam correlações estatisticamente significativas entre o autodano e as variáveis mencionadas na literatura, como possíveis fatores preditores deste comportamento, tendo-se excluído todas aquelas que não estavam correlacionadas com o mesmo. Operação similar foi realizada para a ideação suicida, com o mesmo objetivo.

Os resultados apresentados no Quadro 24 permitem concluir que nem todas as variáveis se encontram significativamente correlacionadas com o autodano propriamente dito e com a ideação suicida. Assim sendo, falaremos apenas das correlações significativas, pois estas é que serão consideradas posteriormente.

Relativamente ao autodano propriamente dito, verifica-se que existem correlações positivas moderadas entre o autodano propriamente dito e as seguintes variáveis: EADS-21 (total); fator *depressão* (EADS-21); fator *stress* (EADS-21) e fator *Eu detestado* (FSCR). O autodano também se encontra correlacionado positivamente, ainda que com um nível de relação fraco, com a *ideação suicida* (QIAIS-A), a *impulsividade* (QIAIS-A), o fator *ansiedade* (EADS-21), total da AQ, o fator *Eu inadequado* (FSCR), o fator *antipatia pai* (CECA-Q) e o fator *antipatia pais* (CECA-Q). O valor destas correlações mostram que quanto maior for a frequência e/ou intensidade do autodano maiores também serão os valores destas variáveis.

Por sua vez, a ideação suicida correlaciona-se positivamente, com um nível de relação forte, apenas com a *depressão* (EADS-21), o que significa que quanto mais elevados estiverem os valores da ideação suicida, mais elevados serão os valores da depressão. Para além disso, foi possível verificar que esta variável se correlaciona positivamente, mas agora com um nível de relação moderado, com o total da EADS-21, o fator *stress* (EADS-21), o fator *Eu tranquilizador* (FSCR), o fator *Eu detestado* (FSCR), o fator *Eu inadequado* e com o fator *vergonha externa*

(OASB-A). O valor destas correlações demonstram que quanto maior for a frequência e /ou intensidade da ideação suicida maiores também serão os valores destas variáveis.

Ainda relativamente à ideação suicida, esta estabelece uma correlação negativa forte com o bem-estar mental (WEMWBS) e a satisfação com a vida (ESV), o que permite inferir que quanto mais frequente e/ou intensa for a ideação suicida menor será a satisfação com a vida e o bem-estar mental. Verificaram-se também correlações negativas moderadas com o total da MCAI, o total da QCE, com o fator *percepção emocional* (QCE), fator *expressão emocional* (QCE) e com o fator *capacidade para lidar com a emoção* (QCE). Por fim, também se detetaram correlações negativas fracas entre a ideação suicida e o fator *negligência mãe* (CECA-Q) e *antipatia mãe* (CECA-Q). O valor destas correlações evidenciam que quanto menor for a frequência e /ou intensidade da ideação suicida maiores serão os valores das variáveis que com aquela se correlacionam negativamente.

Quadro 24 – Correlação do autodano e da ideação suicida com as variáveis mencionadas na literatura como preditoras destes comportamentos

	Autodano	Ideação Suicida
Autodano	---	0.380**
Ideação suicida	0.380**	---
Impulsividade	0.333*	0.266
WE MWBS	-0.227	-0.720**
ESV	-0.111	-0.712**
EADS-21	0.456**	0.545**
Depressão	0.418**	0.734**
Ansiedade	0.359**	0.251
Stress	0.429**	0.422**
OASB-A	0.259	0.618**
Eu tranquilizador	0.261	0.655**
Eu inadequado	0.324*	0.610**
Eu detestado	0.581**	0.655**
Sem QCE	-0.124	-0.547**
Sem EPCA	0.145	0.056
Sem AQ	0.375**	0.098
Eu socialmente prescrito	0.270	0.043
Eu auto-orientado	0.025	0.047
Percepção emocional	-0.149	-0.540**

Expressão emocional	-0.031	-0.456
Capacidade para lidar com emoção	-0.172	-0.666**
Negligência pai	0.01	0.142
Antipatia pai	0.297*	0.074
Antipatia mãe	0.231	-0.284*
Negligência mãe	0.013	0.315*
Antipatia pais	0.373	0.231
Negligência pais	-0.008	-0.015
MCAI	-0.182	-0.694**

3.3.2. Efeito preditivo de variáveis mencionadas na literatura como explicativas do autodano em indivíduos com patologia psiquiátrica

De forma a explorar o efeito preditor de algumas variáveis mencionadas na literatura como explicativas da presença do autodano propriamente dito em indivíduos com patologias psiquiátricas, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. Para tal, definiram-se como variáveis predictoras os resultados obtidos nos instrumentos: EADS-21 (total); EADS-21 (fator *ansiedade, stress e depressão*); AQ (total); QIAIS-A (fator *impulsividade e ideação suicida*); FSCR (fator *Eu detestado e Eu inadequado*) e CECA-Q (fator *antipatia pai* e fator *antipatia pais*) e como variável dependente o autodano propriamente dito. O modelo que se revelou mais significativo, foi o modelo composto pelas variáveis *Eu detestado* (FSCR) e *impulsividade* (QIAIS-A), sendo que as restantes variáveis foram excluídas pela análise *Stepwise*. O referido modelo, explica 39% da variabilidade total do autodano propriamente dito [$F_{(2, 49)} = 15,688$ $p = 0,000$; $R_a^2 = 0,37$]. Os coeficientes de regressão estandardizados permitiram identificar as variáveis *Eu detestado* (FSCR) ($\beta = 0,538$; $t_{(49)} = 4,741$; $p = 0,000$) e *impulso* (QIAIS-A) ($\beta = 0,234$; $t_{(49)} = 2,058$; $p = 0,045$), como predictoras significativas do autodano propriamente dito.

3.3.3. Efeito preditivo de variáveis mencionadas na literatura como explicativas da ideação suicida em indivíduos com patologia psiquiátrica

A mesma análise foi realizada para a ideação suicida, tendo-se definido como variáveis explicativas da ocorrência da ideação suicida os resultados obtidos nos seguintes instrumentos: EADS-21 (total); EADS-21 (fator *depressão*); ESV (*satisfação com a vida*); OASB-A (*vergonha externa*); CECA-Q (fator *antipatia mãe e negligência mãe*); FSCR (fator *Eu detestado, Eu inadequado e Eu tranquilizador*), QCE (*percepção emocional, expressão emocional e capacidade para lidar com a emoção*), WEMWBS (*bem-estar mental*) e a MCAI (*memórias de calor e afeto*

na infância). O modelo que se revelou mais significativo, foi o modelo composto pelas variáveis *depressão*, *satisfação com a vida* e *capacidade para lidar com a emoção*, sendo que as restantes variáveis foram excluídas pela análise *Stepwise*. O referido modelo explica 65% da variabilidade total da ideação suicida [$F_{(3,49)} = 29,118$ $p = 0,000$; $R_a^2 = 0,623$]. Os coeficientes de regressão estandardizados permitiram identificar as variáveis *depressão* ($\beta = 0,326$; $t_{(48)} = 2,364$; $p = 0,000$) *satisfação com a vida* ($\beta = 0,330$; $t_{(48)} = -2,637$; $p = 0,011$) e *capacidade para lidar com a emoção* ($\beta = 0,257$; $t_{(48)} = -2,180$; $p = 0,034$), como preditoras significativas da ideação suicida.

4. Discussão

O nosso estudo teve como objetivo primordial caracterizar o comportamento de autodano e a ideação suicida nos indivíduos com patologias psiquiátricas consultados no HDES de Ponta Delgada (Ilha de São Miguel) e na Unidade de Saúde de Vila de Porto (Ilha de Santa Maria). Para além disso, o escopo também foi comparar estes comportamentos em função do género, idade, habilitações literárias, existência de reprovações académicas, nível socioeconómico e patologias psiquiátricas.

Num segundo momento, procurou-se, ainda, relacionar o comportamento de autodano e de ideação suicida com outras variáveis, referidas na literatura como fatores que podem estar na génese destas condutas ou contribuir para a sua manutenção ao longo do tempo, designadamente: bem-estar mental; satisfação com a vida; autocrítico; raiva; ansiedade; depressão; *stress*; vergonha externa; memórias de calor e afeto na infância; competências emocionais; perfeccionismo; impulsividade e estilos parentais.

Iniciaremos a discussão dos nossos resultados seguindo a ordem com que estes foram apresentados anteriormente, de forma a facilitar a compreensibilidade acerca dos dados observados na nossa investigação.

4.1. Discussão dos resultados relativamente ao comportamento de autodano

No que concerne ao comportamento de autodano, é importante relembrar que ao longo do estudo nos referimos a este comportamento utilizando as seguintes designações: autodano propriamente dito; autodano associado a comportamentos de risco e autodano total, este último englobando os dois anteriores. Apesar disso, e do esforço para tentar incluí-los a todos na nossa análise, a definição adotada na presente investigação relaciona-se unicamente com o autodano propriamente dito, sendo este aquele que privilegiamos. O mesmo será dizer que excluímos, contrariamente a alguns estudos internacionais, os comportamentos de risco como um comportamento de autodano, daí a necessidade de relatarmos que estes dois fenómenos se encontram associados, mas não são o mesmo, apelando assim à sua distinção. Por isso, a partir deste momento, quando falarmos em autodano estamos a referir-nos apenas ao

autodano propriamente dito. Quando for necessário discernir acerca de algum aspeto das outras categorias, teremos o cuidado de as especificar sempre.

Na presente investigação verifica-se que de todos os participantes (N=52) cerca de 30,8% (N=16) já cometeram autodano. Se tivermos em consideração o autodano total esta taxa ascende ao valor de 40,3% (N=21).

Estes resultados são semelhantes aos obtidos em investigações internacionais que apontam para taxas na ordem dos 19% aos 25% na população clínica adulta e de 40% a 61% em adolescentes com problemas psiquiátricos (Briere & Gil, 1998; Shaffer & Jacobson, 2009, *cit. in Bentley et al.*, 2014; Darche, 1990; DiClemente, Ponton & Hartley, 1991 *cit. in Nock & Prinstein*, 2004). A nível nacional foi realizado um estudo numa unidade de internamento de pedopsiquiatria, tendo-se concluído que 4 a 12% dos internamentos de adolescentes se deveram aos comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013). Para adolescentes da população em geral, a taxa de incidência tem assumido valores que oscilam entre os 7,3% e os 35% (Guerreiro & Sampaio, 2013; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001), e os 14,8% e 31,3% nos adolescentes e jovens adultos, uma vez mais, da população em geral, valores que aumentam se tivermos em conta o autodano total (37% a 47,1%) (Carvalho *et al.*, 2015; Róias, 2015). Interessante é constatar que entre as taxas mais elevadas se destaca o Arquipélago dos Açores, mais especificamente a ilha de São Miguel, o que nos faz acreditar que pode existir uma causa de natureza social que propicia a emergência deste comportamento, à semelhança do que acontece com o suicídio (WHO, 2002), pois o isolamento geográfico, característico da insularidade, acarreta muitas vezes o isolamento social, considerado pela literatura com um fator de risco do autodano. Este isolamento é acrescido pelo facto dos indivíduos do nosso estudo possuírem perturbações mentais, cuja ocorrência se encontra associada a uma diminuição da sua integração comunitária (Abdallah *et al.*, 2009, *cit. in Cabral* 2013).

Para além da frequência do autodano, também se analisou a sua intensidade numa escala de 1 a 24 valores, subdividida em 4 categorias, de acordo com a pontuação obtida: fraca (1 a 6 valores); moderada (7 a 12 valores); elevada (13 a 18 valores) e muito elevada (19 a 24 valores). Os resultados do nosso estudo evidenciam que a maioria dos indivíduos com autodano (25% do total de 30,8%) se encontram num nível de intensidade de 1 a 6 valores, concluindo-se que existe uma intensidade deste comportamento. Contudo, esta inferência tem de ser avaliada com alguma cautela, pois se pela pontuação objetivamente é esta a conclusão, se tivermos em consideração a gravidade desta conduta na vida do indivíduo que possui alguma perturbação mental, a conclusão pode não ser mesma, havendo necessidade, para uma avaliação mais acurada, de analisar a frequência da ocorrência e os métodos utilizados caso a caso. Por sua vez, apenas 5,8% obteve cotação no segundo nível de intensidade (7 a 12 valores), não existindo

registro de pontuação para os níveis mais elevados. No entanto, e como já se disse, apesar de uma cotação mais alta corresponder a uma maior intensidade do autodano, este deve ser considerado uma conduta bastante grave a partir do momento em que surge, sabendo-se de antemão que a probabilidade da sua recorrência, utilizando-se métodos cada vez mais letais, é bastante elevada e que existe a agravante de uma vez iniciado, este comportamento autolesivo poder prolongar-se no tempo por mais 10 a 20 anos (Favazza, 2006, *cit. in* Williams & Bydalek, 2007). Tem-se defendido que esta tendência, agravando-se com o passar do tempo, aumenta a possibilidade do indivíduo que adota este comportamento se habitue à dor, podendo mesmo existir um *continuum* que o encaminha para a ideação suicida e tentativa de suicídio (Joiner, 2005, *cit. in* Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Andover & Gibb, 2010).

É significativo acrescentar que estes resultados se assemelham aos encontrados na população em geral, o que quer dizer que tanto a nível da frequência como da intensidade do autodano, a população clínica, apesar das suas especificidades, não difere em relação à primeira. Do exposto, depreende-se que este comportamento não é um sintoma de uma patologia do foro psiquiátrico, como o era no DSM-IV (2006) para a *Perturbação Borderline da Personalidade*, corroborando a tese de que possui existência própria, aliás, existência esta cada vez mais preocupante devido à sua propagação e ao sofrimento psíquico de quem o pratica.

Outro aspeto considerado foi precisamente o de avaliar as funções do autodano, ou seja, perceber o porquê dos indivíduos serem compelidos a recorrer a estas condutas nefastas, adotando-as como estratégias de *coping* desajustadas (Fliege *et al.*, 2009; Klonsky, 2007; Hamza *et al.*, 2013). No presente estudo verificou-se que todas as funções consideradas, de acordo com o modelo de Nock e Prinstein (2004), se correlacionam positivamente com o autodano nas suas diversas aceções, sendo encontradas correlações fortes tanto com o autodano propriamente dito, como com o autodano total, e correlações moderadas relativamente ao associado aos comportamentos de risco. Estas diferenças vêm comprovar, uma vez mais, a distinção entre o autodano e os comportamentos de risco, nestes últimos não existindo uma intenção direta de causar dor ou prejuízo (Nock, 2010).

Para além disso, percebeu-se, ainda, que o autodano servia, de forma generalizada, com maior frequência, as funções de reforço automático, ou seja, para alcançar uma redução ou remoção da tensão ou de outros estados afetivos negativos ou para criar sentimentos prazerosos ou desejáveis (Nock & Prinstein, 2004; Whitlock, 2010; Nock, 2010), algo que vai ao encontro dos resultados das investigações internacionais e nacionais. Todavia, há que fazer uma ressalva, a utilização mais frequente destas funções de reforço automático pode estar aparentemente relacionada com os quadros psicopatológicos existentes na nossa amostra, pautados por sentimentos de angústia, *stress*, ansiedade e desregulação emocional, emergindo

o autodano como forma de escape ou distração a estes estados afetivos negativos. No entanto, o que se tem constatado é que o mesmo acontece com a população não-clínica, sugerindo, não só a universalidade do comportamento em si, como das suas funções. Apesar disso, esta constatação não retira a maior vulnerabilidade dos indivíduos com patologias para a adoção deste comportamento, sendo que o equilíbrio relativamente a outras populações pode ser mediado pela intervenção psicofarmacológica a que estão sujeitos, isto é, a título de exemplo, se um indivíduo está medicado com ansiolíticos a necessidade de procurar outra forma para aliviar o seu sofrimento fica diluída.

Relativamente ao estudo do papel do género, verificou-se que não foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas, corroborando vários estudos sobre esta temática (e.g. Briere & Gil, 1998; Nunes, 2012; Róias, 2015) e contrariando outros (e.g. Borges & Werlang, 2006; Hawton *et al.*, 2008; Ross & Heath, 2002).

Em relação à idade, é crucial referir que a nossa amostra é constituída na sua vasta maioria por adolescentes (78,8%; N=41), sendo que cerca de 75% (N=12), daqueles que cometem autodano possuem idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de idade, o que corrobora as evidências científicas de que este comportamento tende realmente a ocorrer entre os 14 e os 24 anos, (Messer & Fremouw, 2008, *cit. in* Castilho *et al.*, 2010; Favazza & Conterio, 1989, *cit. in* Klonsky, 2007; Favazza, 2006, *cit. in* Williams e Bydalek, 2007). Apesar disso, não foi possível encontrar diferenças com relevância estatística entre os diversos grupos etários, algo que nos leva a acreditar que o autodano não é um fenómeno exclusivo da adolescência, apesar de neste período existir uma especial vulnerabilidade para a adoção de comportamentos autodestrutivos. Esta especial vulnerabilidade advém das características especiais deste período que é marcado por um conjunto de mudanças físicas, cognitivas, afetivas e sociais, que implicam um conjunto de tarefas específicas. Estas tarefas quando resolvidas com sucesso implicam uma transformação saudável e positiva do adolescente, no entanto, quando fracassadas ou tidas como desafios de dificuldade acrescida, podem levar os adolescentes a adotar comportamentos autolesivos marcados pela impulsividade (Sprinthall & Collins, 2003; Borges & Werlang, 2006; Stheuner, 2006). A tensão faz parte deste período repleto de mudanças, bem como as reivindicações, as incertezas e as angústias, a diferença está na intensidade e duração com que são vivenciadas pelos adolescentes (Saraiva & Gil, 2014; WHO, 2002), sendo muito fácil, principalmente na sociedade ocidental, em que “ todos temos de ser ganhadores, belos e perfeitos”, a passagem para atos reveladores de um atroz sofrimento (Saraiva, 2006, p.17).

Quanto às habilitações literárias, destacou-se o 3.º ciclo do ensino básico como o nível de escolaridade predominante naqueles que cometem autodano, contudo não foram detetadas diferenças estaticamente significativas entre os grupos. Apesar disso, denota-se que as médias

relativas a este comportamento são superiores no 1.º e 2.º ciclo do ensino básico, comparativamente com o 3.º ciclo e o ensino secundário, o que pode indicar que um menor nível de educação é também um fator de risco para o autodano (Fliege *et al.*, 2009). A nível das reprovações académicas, apesar de novamente não revelar a existência de diferenças relevantes entre os que reprovaram e os que não reprovaram, mostra que as médias de autodano são efetivamente superiores perante a ocorrência de tais reprovações, o que pode sugerir o contrário dos resultados do estudo com adolescentes da mesma ilha, mas da população em geral, em que os que nunca reprovaram foram aqueles que apresentavam médias de autodano superiores (Róias, 2015). Estas diferenças entre as investigações são aspetos a nosso ver muito interessantes, pois, no nosso caso, o lidar com situações de fracasso e de frustração não habilita os indivíduos a saberem lidar com os estados emocionais negativos, bem pelo contrário, atendendo ao facto de que comprovadamente os quadros psicopatológicos estão relacionados, muitas vezes, com dificuldades emocionais associadas ao autocriticismo, com foco nos erros e sentimentos de inadequação (eu inadequado), fazem com que estes indivíduos tenham uma enorme dificuldade em aceitar o fracasso, o que leva ao ódio por si próprios, funcionando o autodano como uma forma de autoataque ou autopunição (Klonsky, 2007; Castilho *et al.*, 2010).

O nível socioeconómico foi também analisado, não se apurando diferenças entre os grupos, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Nunes (2012), com os adolescentes da comunidade. Esta situação pode sugerir que as condições económicas e sociais de um indivíduo podem ser facilitadores de uma maior qualidade de vida, mas indubitavelmente não a garantem. É nossa profunda convicção de que qualquer pessoa, a qualquer momento, devido à conjugação de diversos fatores (biológicos, psicológicos e ambientais) pode adotar condutas autodestrutivas, e eventualmente, desenvolver alguma perturbação mental. Não nos iludamos, existe uma linha muito ténue que separa as condutas funcionais e adaptativas das disfuncionais e desajustadas (Pio de Abreu, 2006). Daí a importância de existirem mais estudos que contribuam para prevenir o surgimento destes comportamentos.

Outro resultado importante foi o de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos quadros psicopatológicos. O que, uma vez mais, vem comprovar que o autodano, apesar de poder ocorrer nas patologias psiquiátricas, não é um sintoma específico de nenhuma delas, pelo contrário, a propagação deste fenómeno levou a que o mesmo fosse atualmente reconhecido como uma entidade nosológica independente (Muehlenkamp, 2005; Klonsky *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2015). No entanto, há que referir que o grupo das perturbações de humor possui médias de autodano superiores aos restantes grupos, atestando a comorbilidade elevada desta patologia com o comportamento de autodano (Hawton & Fortune, 2008, *cit. in* Saraiva *et al.*, 2014).

4.2. Discussão dos resultados relativamente à ideação suicida

Ao longo do nosso estudo, fomos referindo que o suicídio tem sido considerado um problema de saúde pública a nível mundial, e é por termos este conhecimento que também foi nosso objetivo caracterizar a ideação suicida na população clínica, uma vez que a mesma precede, quer a tentativa de suicídio, quer o suicídio consumado. Relativamente à frequência, verifica-se que a maioria dos participantes possui ideação suicida (78,8%; N=41) moderada, elevada e muito elevada. Esta taxa de incidência é assustadora, pois é muito superior às encontradas em outros países, quer na população clínica, quer na da comunidade. A título de exemplo, foi realizada na Austrália, uma investigação com pacientes detentores de patologias psiquiátricas (entre os 15 aos 24 anos) registando-se uma taxa de incidência de 22% de ideação suicida. Já nos Estados Unidos da América, com uma amostra de adolescentes da comunidade, registou-se uma taxa de 14% desta mesma ideação.

Comparativamente com estudos realizados na ilha de São Miguel, principalmente o relativo à população de estudantes universitários, no qual a taxa de ideação suicida ronda os 72,6%, as diferenças já não são tão acentuadas, o que nos encaminha para a mesma conclusão apontada na literatura, de que algumas ilhas isoladas apresentam taxas significativamente mais elevadas desta ideação. Este aspeto parece comprovar também, que a ideação suicida (categoria do comportamento suicida) possui como fator de risco o isolamento social, pautado muitas vezes pelo próprio isolamento geográfico. Estes dados parecem apontar para o facto de nem mesmo a intensa religiosidade, vista como fator de integração social, através da promoção de vivências conjuntas das festividades e diversos rituais, é suficiente para combater o isolamento, do qual subseqüentemente podem advir ideias acerca de terminar com a própria vida (Saraiva *et al.*, 2014). Aliás, no contexto da ilha de São Miguel, a intensidade com que são vivenciadas as crenças religiosas parece não funcionar como fator protetor, algo que pode estar relacionado com as mensagens de autoflagelamento facilmente encontradas nos textos bíblicos ou até mesmo veiculadas em algumas festividades religiosas.

Quanto à intensidade da ideação suicida, a mais patente foi a coincidente com o nível moderado (44,2%), seguida do elevado (25%) e por fim do muito elevado (9,6%). Estes resultados são muito preocupantes, pois significam que os indivíduos têm pensamentos ou/e planos recorrentes sobre acabar com a sua vida. Novamente, estes dados levam-nos a pensar que as patologias psiquiátricas, que são irrefutavelmente um fator de risco para o comportamento suicida, podem estar na gênese da recorrência da ideação suicida, e efetivamente o estão, principalmente quando nos referimos a quadros que geram um enorme sofrimento psíquico. O mais preocupante da questão reside nos resultados, igualmente elevados, encontrados na população da comunidade da mesma ilha. Este facto pode dever-se

ao não encaminhamento das pessoas que evidenciam problemas mentais para os serviços de saúde mental, algo que tem acontecido no contexto em que nos inserimos. Para além disso, não nos esqueçamos que os efeitos da crise económico-financeira, vivenciada desde 2008, fizeram com que as famílias tivessem de cortar nas despesas da saúde para poderem ter o rendimento necessário para outros bens essenciais, fazendo disparar as taxas do comportamento suicida (Vaz Serra, 2014).

Relativamente ao género não existem diferenças estatisticamente significativas entre a média da ideação suicida em função desta variável. Contudo, é o grupo do sexo feminino que apresenta maior frequência e média de ideação suicida (68,3%;M=3,39) comparativamente ao sexo masculino (31,7%;M=2,14), resultados que são congruentes com outras investigações sobre a mesma temática (e.g. Man, 1999, *cit. in* Borges & Werlang, 2006; Botega *et al.*, 2005; Silva *et al.*, 2006; Nunes, 2012; Róias, 2015).

À semelhança do autodano, também a maior frequência da ideação suicida ocorre no grupo etário dos 14 aos 16 anos (53,7%), dissipando-se esta tendência nos grupos com idades superiores. De facto, as taxas de incidência são superiores na população mais jovem (Nock *et al.*, 2008; Krug *et al.*, 2002, *cit. in* Andover & Gibb), algo que se pode dever a problemas de insucesso académico, isolamento escolar, sentir-se insatisfeito com o seu corpo, dificuldades na relação que estabelece com os pais, tudo fenómenos típicos deste período do desenvolvimento humano, que quando não superados com as estratégias de *coping* adequadas, podem trazer consigo um sofrimento sentido como intransponível, e é nesta dor psicológica que reside o perigo para a emergência da ideação suicida (Laufer, 2000; Santos *et al.*, 2012; Saraiva & Gil, 2014). Apesar disso, no nosso estudo não se verificaram diferenças relevantes entre os diversos grupos etários, demonstrando que este fenómeno existe e persiste ao longo da vida, corroborando She (2002, *cit. in* Saraiva & Gil, 2014) que afirmou que a ideação suicida tem uma prevalência ao longo da vida que varia entre 3% a 65%.

Nas habilitações literárias também não se evidenciaram diferenças significativas, contudo, ao compararmos as médias de ideação suicida, denota-se que são superiores nos indivíduos do 3.º ciclo do ensino básico e no ensino secundário, o que pode ser fruto da crise identitária vivenciada pelos adolescentes neste período, ou então, das crescentes exigências escolares, geradoras de ansiedade e *stress* (Santos *et al.*, 2012). É importante também ter em consideração que há uma passagem para um pensamento formal, caracterizado por uma maior capacidade de abstração, que leva à abertura de um mundo infinito de escolhas, nem sempre fáceis de serem tomadas (Shaffer, 2005; Sprinthall & Collins, 2003).

Algo similar acontece com a variável reprovações académicas, verificando-se médias mais elevadas nos indivíduos com reprovações do que naqueles que não as tiveram. O que vem

corroborar a tese de que o insucesso académico, gerador de ansiedade, angústia e *stress*, pode trazer à tona os pensamentos sobre a morte, encarada como uma possibilidade de fuga para os problemas (APA, 2000, *cit. in* Pereira, 2011; Santos *et al.*, 2012).

No nível socioeconómico também não houve registo de diferenças estatisticamente significativas. Apesar disso, as médias entre os grupos são um pouco mais elevadas no nível socioeconómico baixo, o que comprova algo a que temos assistido na última década, ou seja, o aumento da deterioração das condições de vida das famílias, que, por sua vez, fez aumentar o número de suicídios. Posto isto, pode inferir-se que há uma maior exposição a este fenómeno veiculada não só pelos familiares de primeiro grau, mas também transmitida por influência dos *media*, o que agrava o risco “nos adolescentes e jovens adultos previamente perturbados” (Saraiva & Gil, 2014, p.232).

As únicas diferenças estatisticamente significativas encontradas no nosso estudo, no que concerne às variáveis que têm sido descritas, foram encontradas nas patologias psiquiátricas. O que se verificou foi que as médias de ideação suicida entre o grupo dos indivíduos com perturbações de humor e perturbações de adaptação são significativamente mais elevadas do que as do grupo dos indivíduos com perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção. É importante salientar que as perturbações da adaptação podem progredir para perturbações de humor, como a depressão, partilhando, por isso, características semelhantes, como a ansiedade e o *stress*, estados afetivos associados a estratégias desajustadas para lidar com situações de tensão e *stress*. (DSM-IV, 2006). Posto isto, vários estudos têm demonstrado que a depressão e a desesperança são preditores relevantes da ideação suicida em adolescentes (Borges & Werlang, 2006). A partir da ideação suicida pode mesmo aferir-se o grau de severidade da depressão (Carlson e Cantwell, 1982, *cit. in* Borges & Werlang, 2006). No DSM-IV (2006) os pensamentos recorrentes sobre a morte, planos e tentativas de suicídio chegam mesmo a ser classificados como sintomas dos episódios depressivos major. Acresce ainda o facto de as perturbações depressivas serem consideradas as mais associadas à ideação suicida (Sadok, 2008, *cit. in* Neves, 2014). As explicações para isso podem estar relacionadas com as características destas perturbações, a depressão é associada à apatia, ao desinteresse pelas atividades, tristeza, estados que remetem mais para ruminação dos pensamentos e, como tal, para a ideação suicida (Santos *et al.*, 2012; DSM-IV, 2006).

No entanto, os comportamentos disruptivos, conjuntamente com as perturbações de humor e de abuso de substâncias, têm sido referidos como perturbações frequentes nos adolescentes suicidas (Bridge *et al.*, 2006; Hawton & Van Herring, 2009), contrariando o que acontece no nosso estudo, apesar da sua predominância na nossa amostra, algo difícil de explicar. De forma especulativa, poder-se-á dizer que apesar do diagnóstico estar mais

relacionado com a impulsividade, o déficit de atenção, sentimentos frequentes de raiva, ressentimento, comportamento hostil e de desafio para com os outros (DSM-IV, 2006), os sentimentos de tristeza e desesperança podem também estar presentes, mas de forma camuflada, ou seja, os indivíduos com o intuito de diminuir o seu sofrimento preferem-no direcionar, através da raiva, para os outros, algo que difere do que acontece com o autodano, cuja raiva é autodirigida. Para além desta possibilidade, estes resultados podem também derivar de questões culturais, em que estados afetivos de tristeza, ansiedade e desesperança, são tidos como indicadores de fraqueza, já o comportamento marcadamente hostil e agressivo para com os outros é visto como sinal de força (Nock, 2008). Mais intrincada ainda fica esta possibilidade se considerarmos que as perturbações disruptivas do comportamento podem derivar de um extremo sofrimento, e que à semelhança do que acontece no reino animal, as condutas agressivas, típicas deste tipo de perturbações, servirão para se protegerem das agressões dos outros, isto é, serão uma espécie de sinal de força relativamente aos demais e neste aspeto, possuem características funcionais semelhantes às que Nock (2008) evidenciou no comportamento de autodano.

Durante o processo de análise dos dados também se avaliou a possibilidade da ocorrência/e intensidade do comportamento de autodano poder estar associada à ideação suicida. No presente estudo constatou-se a existência de uma associação positiva moderada entre estes dois fenómenos. É importante salientar que muitos dos indivíduos com comportamentos de autodano em algum momento das suas vidas já tiveram ideação suicida. Como vimos anteriormente, aquando da exposição teórica sobre os fatores de risco do comportamento suicida, estudos internacionais atestam a existência de correlação positiva entre a presença e número de episódios de autodano com a presença e número de tentativas de suicídio, sendo que a frequência e existência de autodano predizem mais fortemente do que a depressão, desesperança e características da perturbação borderline da personalidade, as tentativas de suicídio e a ideação suicida (Andover & Gibb, 2010).

4.3. Discussão dos resultados relativamente aos preditores e às variáveis correlacionadas com o autodano e a ideação suicida

Os estudos sobre os fatores preditores do autodano e da ideação suicida têm sido considerados fundamentais para identificar os indivíduos que se encontram em maior risco de adotarem estes comportamentos autodestrutivos (Alonso & Dedrick, 2010). E se é verdadeira a asserção de que devido ao crescimento exponencial de tais condutas este tipo de estudos é vital para os indivíduos da população em geral, ainda mais o são para uma população de especial vulnerabilidade, como é a população clínica.

De seguida, discutiremos com maior pormenor os fatores que emergiram como preditores de ambos os comportamentos, contudo também será feita alusão às variáveis, que não tendo emergido como fatores de risco, ainda assim se apresentaram, de alguma forma, correlacionadas com estes comportamentos.

4.3.1. Discussão dos resultados relativamente aos preditores e às variáveis correlacionadas com autodano

A partir dos resultados da nossa investigação, foi possível averiguar que o autodano correlaciona-se positivamente, num nível de relação moderado, com o total da EADS-21, mas mais especificamente com o seu fator depressão e *stress*, o que significa que quanto mais elevados forem os valores da depressão e de *stress* nos indivíduos, maior será a frequência e /ou intensidade do autodano. Esta evidência é congruente com a literatura que refere que os elevados níveis de *stress*, ansiedade e depressão são fatores que contribuem para o surgimento deste comportamento autolesivo. Aliás, uma das funções para o implementar reside na diminuição ou eliminação de tensão e outros estados afetivos negativos (Nock & Prinstein, 2004), o que leva ao reforço daquela conduta ao longo do tempo. Este último aspeto pode contrariar a tese de que a impulsividade é determinante na emergência do autodano, visto que o indivíduo quando se autolesiona antecipa a consequência do ato. Uma possível explicação para isso pode ser a de que num momento inicial o ato surja impulsivamente, mas só através do reforço negativo, que providencia temporariamente alívio, é que passa a fazer parte do reportório comportamental do indivíduo (Polk & Liss, 2007).

O autodano também se correlaciona positivamente, ainda que esta correlação obtida seja fraca, com a ideação suicida, a ansiedade, a raiva, o *Eu* inadequado, antipatia pai e antipatia pais. No que concerne à raiva e à ansiedade, estas têm sido referidas como fatores de risco do autodano (Castilho *et al.*, 2010; Guerreiro, 2007; Nock & Prinstein, 2004), ou seja, quanto maior for a raiva e/ou ansiedade mais frequente é o autodano, visto este funcionar como uma forma de reduzir ou eliminar aqueles estados emocionais. Já a relação fraca quanto ao *Eu* inadequado, outra forma de autocriticismo, pode se justificar pelo facto de existir uma correlação moderada com o *Eu* detestado, e como este último acarreta sentimentos negativos mais nefastos, pode estar a camuflar o efeito do primeiro. Aliás, é provável que exista uma evolução do *Eu* inadequado, que se foca nos sentimentos de inadequação, para o *Eu* detestado, onde prepondera o nojo e o ódio de si próprio, culminando no comportamento de autodano, que se torna a expressão explícita daqueles sentimentos tóxicos (Castilho *et al.*, 2010). O autodano também se correlaciona positivamente com a ideação suicida, o que vai ao encontro da teoria

que defende a existência de um *continuum* do comportamento de autodano para a ideação suicida (Nock *et al.*, 2006).

Por fim, percebe-se que também os estilos parentais estão timidamente correlacionados com o autodano, algo que se estranha, pois as relações estabelecidas com as figuras parentais explicam, segundo a literatura, o surgimento do autodano (Klonsky, 2007). A explicação para isto acontecer pode dever-se à maior importância atribuída, durante a adolescência, ao grupo de pares face às figuras parentais (Laufer, 2000).

Relativamente às variáveis que emergiram como preditoras do autodano, os resultados mostram que existem dois fatores que predizem a ocorrência deste comportamento nos indivíduos com patologias psiquiátricas, mais especificamente, estamos a referir-nos à *impulsividade* (QIAIS-A) e ao *Eu detestado* (FSCR), uma das formas do estilo cognitivo autocrítico. Estes fatores explicam cerca de 39% da variabilidade total do autodano. Os indivíduos que possuem um estilo cognitivo autocrítico (*Eu detestado*) hiper-estimulado são caracterizados como pessoas que se autocriticam desmesuradamente e isso pode acontecer, porque se sentem inferiores aos demais, humilhados e rejeitados (Castilho *et al.*, 2010). A partir deste tipo de pensamentos e sentimentos será fácil entender que o ódio que o indivíduo sente por si próprio acaba por poder desembocar em comportamentos autoagressivos, ou seja, no autodano, que por sua vez, irá servir para magoar o *eu*, puni-lo por não ser melhor e/ou por não corresponder às expectativas logradas pelo próprio (Castilho *et al.*, 2010). Neste caso, o indivíduo foca-se de tal forma nos seus erros e defeitos, que acaba por se sentir envergonhado e incapaz de pedir auxílio aos que o rodeiam (Gilbert, 2010; Castilho *et al.*, 2010; Castilho, 2011; Gilbert & Miles, 2000). É importante salientar que os indivíduos com patologias psiquiátricas são mais suscetíveis a possuírem uma estimulação excessiva do autocriticismo (Castilho *et al.*, 2010; Gilbert, 2002), aumentando assim a probabilidade de ocorrência do autodano.

Outro fator de risco detetado, que também é congruente com outros estudos, foi o da *impulsividade*. Pattison e Kahan (1983, *cit. in* Klonsky, 2007) verificaram que alguns indivíduos não conseguem resistir ao impulso de se autolesionarem, algo que também foi corroborado pelo estudo de Favazza e Conterio (1988). Outros estudos chegaram mesmo a determinar que aqueles que cometem autodano possuem uma fraca capacidade de planear, comparativamente a quem não comete este ato (Glenn & Klonsky, 2010). Já Glenn e Klonsky (2011) também verificaram que estes indivíduos possuem dificuldades de adiar as gratificações, são propensos a tomar decisões precipitadas quando confrontados com emoções negativas e possuem dificuldades em retardar a ação. O autodano, neste sentido, surge como uma forma de promover o prazer e a excitação ou de diminuir estados afetivos negativos (Nock & Prinstein, 2004).

Na nossa investigação também há que considerar que as perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção são as mais frequentes na amostra deste estudo, e estas compartilham as características referidas anteriormente, logo, uma vez mais, comprova-se que a impulsividade pode levar ao autodano. Outro aspeto importante é o facto da maioria dos participantes do nosso estudo serem adolescentes, e como tal são mais propensos a comportamentos de índole impulsiva, pois neste período há uma predominância do papel do sistema límbico na tomada das decisões face à natural imaturidade do córtex pré-frontal, o responsável pelo julgamento e ponderação de riscos (Steinberg, 2009; Sprinthall & Collins, 2003; Carvalho, 2014).

4.3.2. Discussão dos resultados relativamente aos preditores e às variáveis correlacionadas com a ideação suicida

No presente estudo, relativamente à ideação suicida, encontrou-se correlação entre esta e o total da EADS-21, o *stress*, o *Eu* inadequado, o *Eu* detestado, o *Eu* tranquilizador e a vergonha externa (correlações moderadas positivas). De todos estes fatores o único que aparentemente não deveria, pela sua essência, estabelecer com a ideação suicida este tipo de relação, é o do *Eu* tranquilizador, pois uma pessoa que tem ideias sobre a sua morte ou a planeia de alguma forma, não tem capacidade para se focar nos seus aspetos positivos e de se autotranquilizar, bem pelo contrário, a visão negativa sobre si próprio é o que tende a preponderar (Laufer, 2000). Especulativamente, como resposta para este fenómeno, pode supor-se que sendo a adolescência um período marcado por um pensamento dicotómico rígido, tão depressa o mundo é um espaço maravilhoso em que o adolescente se aceita como é, como rapidamente é um local de sofrimento tremendo, e a morte passa a ser um pensamento recorrente. Saraiva (2006) ilustra bem esta situação ao dizer que os adolescentes “vivem apressados demais, uma fúria de tudo ou nada, de branco ou preto. Sem equilíbrios, sem pontes para concórdias, vítimas de radicalismos e de inflexibilidade mental” (p.17).

Já o *Eu* detestado e o *Eu* inadequado funcionam para a ideação suicida da mesma forma que para o autodano, ou seja, quanto mais elevados os valores do autocrítico maior será a frequência da ideação suicida. Quanto à vergonha externa, esta advém da avaliação pejorativa que os indivíduos pensam que os outros fazem acerca deles (Gilbert & Procter, 2006). Neste sentido, os sentimentos de rejeição, inadequação e ódio podem ser aumentados, ao ponto da fuga e agressividade serem comportamentos frequentes (Tangney, 2002, *cit. in* Castilho, 2011) e a ideação suicida um meio de resolução para aqueles problemas.

As *memórias de calor e afeto na infância*, medidas pela MCAI, assim como a outras competências emocionais da QCE (*perceção emocional e expressão emocional*) correlacionam-

se negativamente, num nível moderado, com a ideação suicida. Sem dúvida que se os eventos traumáticos vivenciados na infância podem indiciar no futuro a adoção de comportamentos autodestrutivos, pode depreender-se que também as memórias de afeto e aconchego vivenciadas naquele período podem ser fatores protetores de tais condutas, pois as lembranças do aconchego e afeto vivenciadas na infância promovem comportamentos pró-sociais (Gilbert & Miles, 2000; Bowlby, 1962, 1989, 1992, *cit. in* Gilbert, 2005). As vivências positivas passadas são muito importantes, não só por possibilitarem a construção saudável e funcional do ser humano, mas também porque perante a dor psíquica, e na ausência de outras capacidades psicológicas, o recordar um passado feliz, nos faz acreditar que há sempre um novo amanhã, ou seja, a possibilidade de um futuro positivo, invalidando-se assim o caminho para o desespero e para a construção de ideias de autodestruição (Saraiva, 2006).

Relativamente à perceção emocional e à expressão emocional são consideradas tarefas desenvolvimentais fulcrais na adolescência e que influenciam todas as relações interpessoais estabelecidas durante este período do desenvolvimento humano (Garner & Estep, 2001). É facilmente compreendida a correlação identificada entre estas competências e a ideação suicida, pois quem tem dificuldade em discriminar em si e nos outros diferentes estados emocionais ou em expressar aquilo que sente, terá também maior probabilidade de ter dificuldades em estabelecer uma comunicação positiva e empática com os outros (Kang & Shaeffer, 2004, *cit. in* Vaz, 2009). E isto a acontecer remete o indivíduo para um isolamento social, mas mais grave ainda, para um isolamento emocional, e perante isto é impossível não sofrer, aliás neste contexto a essência humana é colocada em causa. De que vale viver se não há nutrição emocional? Ora, em muitos quadros psicopatológicos, principalmente, os relacionados com perturbações de humor ou de adaptação estas ferramentas de gestão emocional encontram-se em défice, agravando ainda mais o cenário descrito anteriormente (DSM-IV, 2006; Cordeiro, 2009).

Por fim, verificaram-se também correlações negativas fracas entre a ideação suicida e a negligência e antipatia da mãe. Neste caso, a fraqueza da relação pode, uma vez mais, ser explicada pelo decréscimo da importância das figuras parentais na adolescência, período em que o adolescente começa a desvincular-se cognitivamente e emocionalmente dos pais (Laufer, 2000). Mesmo assim a correlação existe, e este facto pode eventualmente ser explicado pela maior dependência que os indivíduos com patologias psiquiátricas, devido à sua grande vulnerabilidade, possuem dos seus pais, neste caso, principalmente da figura materna, tida como a mais importante, porque foi a responsável em primeira instância pelo cuidado e sobrevivência do indivíduo (Cordeiro, 2009).

Relativamente à variabilidade total da ideação suicida é explicada em cerca de 65% pelo modelo que estipula como variáveis preditoras: a *depressão*, a *satisfação com a vida* e a *capacidade para lidar com a emoção*. No caso da depressão, como já se referiu anteriormente, é considerada pela literatura como a perturbação mais associada à ideação suicida e preditora da sua ocorrência (Borges & Werlang, 2006; Sadok, 2008, *cit. in* Neves, 2014), e isto pelas razões também elas já mencionadas, que são o facto de a pessoa ter transformado uma emoção, neste caso a tristeza, num estado afetivo praticamente perpétuo. Ora, assim sendo, e sabendo nós que esta emoção propicia o pensamento, devido a uma diminuição drástica nos níveis de dopamina, noradrenalina e serotonina (Freitas-Magalhães, 2009), ao perdurar indefinidamente no tempo vai propiciar pensamentos pautados pela desesperança, desamparo, desalento, típicos da depressão, que no seu expoente máximo se transformam em ideias e planos sobre como terminar com a vida, mais exatamente, em como terminar com o próprio sofrimento.

Outro fator preditivo é o da *satisfação com a vida*, pois se os estados afetivos patentes na vida destes indivíduos com patologias psiquiátricas são o desânimo, a tristeza e o sofrimento, é óbvio que não estão satisfeitos com a sua vida, o que torna mais fácil a emergência da ideação suicida. Uma vez mais, refere-se a importância da sintomatologia psicopatológica na emergência daquela insatisfação (DSM-IV, 2006).

A capacidade para lidar com a emoção, tida como uma competência emocional, também emergiu como fator que pode desencadear a ideação suicida. Esta capacidade é imprescindível na vida de qualquer indivíduo, pois as emoções estão sempre presentes, influenciando a forma como o indivíduo enfrenta as dificuldades que o quotidiano lhe apresenta. Logo ter a capacidade de influenciar as emoções que se experienciam, o momento da sua ocorrência e a sua expressão revela-se uma tarefa fulcral para combater o sofrimento (Gross, 1998, *cit. in* Vaz, 2009), caso contrário ele instala-se, trazendo consigo a fraca tolerância à frustração, o pensamento dicotómico e rígido, o défice nas capacidades de resolução de problemas, entre tantos outros estados igualmente nefastos, que fazem com que a ideia de morrer pareça a única solução para findar com o sofrimento.

5. Limitações e potencialidades do estudo

O presente estudo é um dos pioneiros a nível nacional, e o primeiro a nível regional, na abordagem das problemáticas que envolvem comportamentos autodestrutivos extremamente complexos, como o autodano e a ideação suicida na população clínica, maioritariamente constituída por adolescentes. Apesar disso, este estudo apresenta algumas limitações, as quais serão importantes enunciar, pois podem ter comprometido alguns resultados obtidos.

Uma das limitações, que se afigura como muito importante, está relacionada com a dimensão reduzida da amostra, algo que é compreensível pelo facto de se estar a estudar uma população com especial vulnerabilidade, ou seja, a população clínica maioritariamente constituída por indivíduos adolescentes. Esta dificuldade intensificou-se atendendo a que a data de recolha de dados coincidiu com o período de férias escolares, período no qual há uma fraca comparência às consultas de pedopsiquiatria. Para além disso, alguns casos são remetidos para consultas em outras instituições, e aos quais não foi possível ter acesso. A recolha de dados junto destes indivíduos, para além das condicionantes supramencionadas, implicou um conjunto de procedimentos específicos que fizeram com que fosse um processo moroso e complexo. Por isso, apesar de todos os esforços desenvolvidos por parte de todos aqueles que participaram e facilitaram esta investigação, não foi possível a constituição de uma amostra mais numerosa.

Caso o estudo contemplasse uma amostra maior, os resultados obtidos permitiriam a exploração mais detalhada de determinados aspetos, assim como possibilitariam inferências mais precisas. Teria sido relevante a inclusão de um número superior de indivíduos por cada grupo diagnóstico psiquiátrico, porque assim teria sido possível com maior rigor comparar a presença e a possível influência do autodano e da ideação suicida nas diversas patologias do foro psiquiátrico.

Uma das potencialidades desta investigação, para além do seu carater inovador, consistiu na possibilidade de se poder comparar a frequência destes comportamentos, entre a população clínica adolescente e a população em geral de adolescentes, sendo que esta última população foi alvo de estudo em outra investigação realizada na mesma ilha. Comparando os resultados de ambas as investigações percebeu-se que não existem grandes diferenças, o que quer dizer que estes comportamentos são transversais a ambas as populações. E este aspeto exige um maior investimento no estudo destas problemáticas para que efetivamente se consiga perceber os mecanismos que subjazem a estes comportamentos e identificar aqueles que são comuns à população clínica e à população em geral.

Para além disso, o facto de se ter utilizado uma análise estatística de regressão linear múltipla permitiu aceder aos fatores preditores da ocorrência daquele tipo de comportamentos, e assim sendo, facilita-se a identificação futura daqueles que se encontram em maior risco de adotar tais condutas. Também, a partir da identificação dos fatores de risco, é possível iniciar o delineamento de alguns programas de intervenção que tenham por base a prevenção do autodano e da ideação suicida, que como vimos são comportamentos mais comuns do que aquilo que se pensa, e que ganham um especial relevo no período da adolescência.

6. Considerações finais

O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo identificar a presença do comportamento de autodano e da ideação suicida nos indivíduos com patologias psiquiátricas consultados no HDES de Ponta Delgada (Ilha de São Miguel) e na Unidade de Saúde de Vila de Porto (Ilha de Santa Maria). Para além disso, o escopo também foi comparar estes comportamentos com variáveis sociodemográficas, académicas, clínicas e com as mencionadas pela literatura como fatores preditores, quer do autodano, quer da ideação suicida.

Os resultados da presente investigação demonstram que os comportamentos autodestrutivos são bastante prevalentes na população clínica adolescente, o que vai de encontro aos resultados obtidos em estudos internacionais (Di Clemente; Ponton & Hartley, 1991, *cit. in* Nock & Prinstein, 2004; Andover & Gibb, 2010; Saraiva & Gil, 2014). Relativamente à população em geral, mais especificamente, a constituída por adolescentes da ilha de São Miguel, do arquipélago dos Açores, percebeu-se que estes comportamentos também são adotados com muita frequência, sugerindo-nos uma especial vulnerabilidade por parte de ambas as populações (Carvalho *et al.*, 2015; Róias, 2015).

Também se verificou neste estudo que a vulnerabilidade à adoção do autodano e à existência da ideação suicida não se dissipa com o avançar da idade dos indivíduos, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários. Uma vez mais, estes achados foram comprovados pelo estudo referido anteriormente, podendo este facto estar relacionado com a condição insular a que estes indivíduos estão sujeitos, condição esta que faz com que haja um maior isolamento social e uma maior limitação no acesso aos serviços de saúde (WHO, 2002; Saraceno, Van Ommeren, Batniji, *et al.*, 2007).

Outro resultado importante foi o de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas entre o autodano e os diversos quadros psicopatológicos, indicando que aquele comportamento não é um sintoma específico de alguma patologia do foro psiquiátrico, pelo contrário, possui uma existência autónoma das diversas doenças mentais (Muehlenkamp, 2005; Klonsky *et al.*, 2014; Carvalho *et al.*, 2015).

Resta acrescentar que a investigação conduzida neste estudo teve ainda como máxima a necessidade de compreender a manifestação de tais condutas, para que futuramente se possa encontrar estratégias que as previnam. Posto isto, foi possível concluir que os fatores de risco para o comportamento de autodano, relativamente à amostra em estudo, são a impulsividade e o autocrítico, enquanto para a ideação suicida são a depressão, a satisfação com a vida e a capacidade para lidar com a emoção. O principal objetivo foi contribuir de alguma forma para sanar o sofrimento destes indivíduos, que têm de fazer face na maioria dos seus dias a sintomas psicopatológicos que sozinhos não conseguem controlar, nem aliviar. Temos a profunda

convicção de que entendendo os mecanismos subjacentes a estes comportamentos, podemos de facto, no futuro, suplantá-los por outros, estes sim, estratégias adaptativas para lidar com o sofrimento psíquico.

Referências Bibliográficas

1. 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.
2. Abreu Pio, J. (2004). *Como tornar-se doente mental* (12.ª Edição). Edições Quarteto.
3. Alonso, M. & Dedrick. (2010). Self-Injury among Early Adolescents. *Am J Health Educ.* 41(2):74-84
4. Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilibrios Edições. Braga.
5. Andover, M. & Gibb, B. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178, 101-105.
6. Barreto, L.C. (2014). *Comportamentos de Risco*. Universidade dos Açores. Ponta Delgada.
7. Benincasa, M. & Rezende, M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: factores de risco e de proteção. *Boletim de Psicologia*, 124, 93-100.
8. Bentley, K., Cassiello-Robbins, C., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S. & Barlow, D. (2014). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review.
9. Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, M. & Jacobs, C. (2005). *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 563–581.
10. Bridge, A., Goldstein, R. & Brent, A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychiatry*, 47(3/4), 372-394.
11. Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (4), 609-620.
12. Cabral, J. (2013). *Estudo da integração comunitária de pessoas com problemas psiquiátricos. Construção e validação da Escala de Integração Comunitária de Adultos com Problemas Psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
13. Cardoso, A. (2014). Neurobiologia e genética do comportamento suicida. In Saraiva, B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (2014) *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*. Lidel – Edições Técnicas Lda. Lisboa.
14. Carvalho, C. B., Motta, C., Caldeira, S., Castilho, P., Nunes, C. & Pinto-Gouveia, J. (2015). Characterization and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean adolescents. *Psychiatric Research*, 227, 238-245.

15. Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. P. & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescente. *Psychologica*, 2 (52), 331-360
16. Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *PSYCHOLOGICA*, 54, 63-86.
17. Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
18. Chachamovich, S., Stefanello, S., Botega, N. & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1), 18-25.
19. Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Materns, 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.
20. Cordeiro, J. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 4.ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
21. Crujo, M. & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582.
22. Darche, M.A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31-35.
23. DSM-IV-TR, *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (2006). Trad. Almeida, J.N. 4 ed. rev. Climepsi Editores.
24. Duffy, D. F. (2009). Self-injury. *Psychiatry*, 8 (7), 237-240.
25. Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?. *Journal of Adolescence* 28, 573–587.
26. Faria, L. & Lima-Santos, N. (2012). Emotional Intelligence in the Portuguese Academic Context: Validation Studies of “The Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) *Behavioral Psychology /Psicología Conductual*, 20 (1) 91-102
27. Favazza, A. & Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24 (1), 22-30.

28. 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.
29. Freitas-Magalhães, A. (2009). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. 2.ª Edição. Edições Universidade Fernando Pessoa.
30. Garner, P. W., & Estep, K. M. (2001). Emotional competence, emotion socialization, and young children's peer-related social competence. *Early Education and Education*, 12, 29–48.
31. Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Sel-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 4, 253-263.
32. Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualization, research and treatment* (3–54). London: Brunner- Routledge.
33. 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.
34. Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassion 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.
35. Gilbert, P. (2010) *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London: Routledge.
36. Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25-29.
37. Glenn, C.R. & Klonsky, E.D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Assessment*.
38. Gollust, S. E., Eisenberg, D. & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health*, 56 (5), 491-498.
39. Gonçalves, A., Freitas, P., Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
40. Guerreiro, D. F. (2007). Comportamentos auto-lesivos. Acedido Novembro 20, 2016, em [doi: psiadolescentes.com/compautolesivos/](http://psiadolescentes.com/compautolesivos/).

41. Guerreiro, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-213.
42. Hamza, C. A., Willoughby, T. & Good, M. (2012). A preliminary examination of the specificity of the functions of nonsuicidal self-injury among a sample of university students. *Psychiatry Research*, 205, 172-175.
43. Hasting, P., Andrews, T. & Martin, G. (2013). The Role of Exposure to Self-Injury Among Peers in Predicting Later Self-Injury. *Journal Youth Adolescence*, 42, 1543-1556.
44. Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. Acedido em www.thelancet.com
45. In-Albon, T., Ruf, C., Schmid, M.(2012). Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry Journal*, 2013, 1-12.
46. Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
47. Klonsky, D., Sarah, E.,Victor, M., Boaz, Y. & Saffer, A. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need To Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*,59 (11), 565-568.
48. Kumar, S. (2010). Understanding non-suicidal self-injury in college populations. *Dissertação de Mestrado*. Whitman College, Walla Walla, Washington.
49. Laufer (2000). *O adolescente suicida*. Climepsi Editores.
50. 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.
51. Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (3), 175-184.
52. Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª Ed.). Report Number. Portugal.
53. Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Diniz, J. A., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A. & Equipa Aventura Social (2010). *Aventura Social & Saúde: A saúde dos adolescentes portugueses*. Relatório do estudo HBSC 2010.

54. Medeiros, T. (2008). Em torno dos conceitos de adolescência, adultez emergente e adulto. *Arquipélago- Ciências da Educação*, 9, 195-216.
55. Mikolajczak, M., Petrides, K. V. & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 181-193.
56. Minayo, MCS., Cavalcante, FG. & Souza, ER. (2006). Methodological proposal for studying suicide as complex phenomenon. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (8), 1587-1596.
57. Muehlenkamp, J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (2), 324-333.
58. Muehlenkamp, J. & Gutierrez, P. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (1). 12-23.
59. Neves, M. (2014). *Comportamentos da esfera suicidária dos adolescentes da ilha do Pico*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
60. Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
61. Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159-168.
62. 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.
63. Nock, M. K., Joiner, T. E. Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
64. Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
65. Nunes, C. (2012). *Auto-dano e Ideação Suicida na População Adolescente. Aferição do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
66. Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (19), 509-521.
67. Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

68. Pereira, G. (2011). *Ideação suicida e fatores associados: estudo realizado numa amostra da população universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Portugal.
69. Polk, E. & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences, 43*, 567-577.
70. Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional para a Prevenção do suicídio (2013-2017)*. Ministério da Saúde. Lisboa.
71. Rijo, D. (2004). *Avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Psicopatologia*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade de Coimbra
72. Róias, C. (2015). *Autodano e ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores*. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
73. Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31* (1), 67–77.
74. Ross S. & Heath, N. (2003) Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33* (3), 277-287.
75. Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3.ª Edição. McGrawHill. São Paulo.
76. Santos, M. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. Identificar, Avaliar e Intervir* (2.ª Edição). Edições Sílabo. Lisboa.
77. Santos, N. & Neves, E. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In Saraiva, B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (2014) *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*. Lidel – Edições Técnicas Lda. Lisboa.
78. Santos, J., Façanha, N., Gonçalves, M., Erse, M., Cordeiro, R. & Façanha, R. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Ordem dos Enfermeiros, Série 1, n.º 2.
79. Sapienza, G. & Pedromônico, M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo, 10* (2), 209-216.
80. Saraceno, B., Gureje, O., Batniji, R., Van Ommeren, M., Mahoney, J., Sridhar, D. & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet, 370*, 1164-1174.
81. Saraiva, C.B. (2006). *Estudos Sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. (1ªed.) Coimbra: Redhorse.

82. Saraiva, C. & Gil, N. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In Saraiva, B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (2014) *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*. Lidel – Edições Técnicas Lda. Lisboa.
83. Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. A. & Dalgarrondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (9), 1835-1843.
84. Silva, E. (2012). *Relações Íntimas, Regulação Emocional e Ferimentos Autoinfligidos em Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade do Minho.
85. Skegg, K. (2005). Self-harm. *Seminar*, 366, 1471-1483.
86. Sprinthall, N. & Collins, A. (2003). *Psicologia do Adolescente*. 3.ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
87. Steinberg, L. (2009). Adolescent development and juvenile justice. *Annual review of clinical psychology*, 5, 47-73
88. Stheneur, C. (2006). Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19, 218-222.
89. Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18 (5), 531-554.
90. Svaldi, J., Dorn, C., Matthies, S. & Philipsen, A. (2012). Effects of suppression and acceptance of sadness on the urge for non-suicidal self-injury and self-punishment. *Psychiatry Research*, 200, 404-416.
91. Tangney, P., & Dearing, L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
92. Thiengo, D., Cavalcante, M. & Lovisi, G. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63,4,360-372.
93. Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. 1.ª Edição. Cliempsi Editores.
94. Turecki, G. (1999). O suicídio e a sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21.
95. Vaz, F. (2009). *Diferenciação e regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Avaliação de dois Instrumentos de Avaliação para a População portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade do Minho.
96. Walsh, B. (2007). Clinical Assessment of Self- Injury: A Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057–1068

97. 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.
98. Wihtlock, J. (2010) Self-Injurious Behavior in Adolescents. *PLOS Medicine*, 7 (5), 1-4.
99. Williams, K. A. & Bydalek, K. A. (2007). Adolescent self-mutilation: Diagnosis & treatment. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45 (12), 19-23.
100. WHO – World Health Organization (2000). Preventing Suicide. A resource for general physicians – Supre Miss. Geneva.
101. WHO - World Health Organization (2006). Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros. Genebra.
102. Yates, M. (2004). The Developmental Psychopathology of Self-injurious Behavior: Compensatory regulation in post-traumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

Anexos

Exma. Senhora,

Encarrega-me o Conselho de Administração de informar que o pedido para realização do estudo mencionado em epígrafe, que mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética, foi aprovado pelo Conselho de Administração na Reunião de nove de julho de 2015.

Com os melhores cumprimentos.

Mariana Albergaria
Secretariado da Administração

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE
Avenida D. Manuel I
São Sebastião
9500-370 Ponta Delgada

Mariana.RC.Cabral@azores.gov.pt
Telef. 296 203 703 Fax 296 203 082





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

Declaração de Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Educativos, em curso na Universidade dos Açores, está a ser desenvolvida uma investigação que tem como objetivo estudar determinados comportamentos em indivíduos com perturbações psicológicas patologia psiquiátrica. Sendo para isso necessário a participação de um grupo de pessoas com problemas psiquiátricos.

Vimos convida-lo(a) a participar neste estudo, dando-lhe a conhecer determinados aspetos que pretendemos cumprir rigorosamente:

a) A participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou abandono do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo em relação aos cuidados que lhe são prestados pelo seu médico(a) ou psicólogo(a);

b) A confidencialidade dos dados que nos fornecer e a sua privacidade encontram-se completamente asseguradas;

c) Caso necessite, poderá solicitar apoio no preenchimento do questionário composto por várias escalas;

d) Os dados que nos fornecer não se destinam a avaliá-lo individualmente, o que significa que não obterá resultados;

e) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamação acerca da forma como o processo foi conduzido, poderá contactar a investigadora a partir do correio eletrónico: paula.costa.medeiros@mail.com.

Eu (nome do participante) _____ declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e aceito participar de livre vontade. Declaro ainda que autorizo/ não autorizo* que as autoras deste estudo tenham acesso ao meu diagnóstico psiquiátrico e permito/não permito* que me voltem a contactar em caso de necessidade.

Data: __/__/__ Assinatura do participante: _____

*Riscar a opção que não se aplica.

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que expliquei a natureza da investigação e confirmei o seu correto entendimento. Comprometo-me a cumprir rigorosamente os aspetos de confidencialidade, privacidade e esclarecimento supracitados.

Data: __/__/__ Assinatura da investigadora: _____



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

Declaração de Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, com especialidade em Contextos Educativos, em curso na Universidade dos Açores, está a ser desenvolvida uma investigação que tem como objetivo estudar determinados comportamentos em indivíduos com perturbações psicológicas, sendo para isso necessária a participação de adolescentes que se encontrem a ser acompanhados devido a este tipo de problemas.

Vimos convidá-lo(a) a participar neste estudo, dando-lhe a conhecer determinados aspetos que pretendemos cumprir rigorosamente:

a) A participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou abandono do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo em relação aos cuidados que lhe são prestados pelo seu médico(a) ou psicólogo(a);

b) Só participará no estudo caso consinta e um dos seus pais ou tutor legal autorize a sua participação;

c) A confidencialidade dos dados que nos fornecer e a sua privacidade encontram-se completamente asseguradas;

d) Caso necessite, poderá solicitar apoio no preenchimento do questionário composto por várias escalas;

e) Os dados que nos fornecer não se destinam a avaliá-lo individualmente, o que significa que não obterá resultados;

f) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamação acerca da forma como o processo foi conduzido, poderá contactar a investigadora a partir do correio eletrónico: paula.costa.medeiros@gmail.com.

Declaração de Consentimento Informado

Eu (nome do participante) _____

declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e aceito participar de livre vontade no estudo acima exposto. Declaro ainda que autorizo/ não autorizo* que as autoras deste estudo tenham acesso ao meu diagnóstico psiquiátrico e permito/não permito* que me voltem a contactar em caso de necessidade.

Assinatura do participante: _____

Data: __/__/__

*Riscar a opção que não se aplica.

Eu (nome de um dos pais ou tutor(a) legal do participante) _____

_____ declaro que compreendi as informações que me foram fornecidas sobre a investigação e autorizo/ não autorizo* que o meu filho(a)/ o(a) menor de quem sou tutor(a) _____ a participar no estudo acima exposto. Declaro ainda que autorizo/ não autorizo* que as autoras deste estudo tenham acesso ao seu diagnóstico psiquiátrico e permito/não permito* que o(a) voltem a contactar em caso de necessidade.

Assinatura de um dos pais ou tutor(a) legal do participante: _____

Data: __/__/__

*Riscar a opção que não se aplica.

Eu (nome do investigador) _____, abaixo assinado,

declaro que expliquei a natureza da investigação e confirmei o seu correto entendimento. Comprometo-me a cumprir rigorosamente os aspetos de confidencialidade, privacidade e esclarecimento supracitados.

Assinatura da investigadora: _____

Data: __/__/__

**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); oficiais 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.